

患者さんへの連絡事項

この処方箋の使用期限は、2019年11月29日です。

紛失又は使用期限を過ぎた場合は、再度受診が必要となり費用負担が生じます。

無くさないようお気を付けてください。

以下の検査値情報は、保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。

保険薬局への連絡事項

下記項目は、処方鑑査や服薬指導の際にご活用ください。

個人情報となりますので取り扱いには十分注意し、目的以外で使用しないでください。

【検査値情報】（90日以内の直近の結果を表示しています）

検査項目	WBC (×10 ³)	Neut (×10 ³)	PLT (×10 ⁴)	Hb	PT-INR	AST	ALT
検査値	51	11.0	27.8	5.0	1.09	17	28
検査日	2019/10/1	2019/10/2	2019/10/1	2019/10/1	2019/10/3	2019/10/4	2019/10/4

検査項目	T-Bil	血清Cr	eGFR	CRP	CK	HbA1c	K
検査値	0.7	0.59	69	<0.10	68	5.3	3.5
検査日	2019/10/4	2019/10/4	2019/10/4	2019/10/4	2019/10/4	2019/10/1	2019/10/4

*eGFR：体表面積 1.73 m²あたりの値で表示しています。

*単位及び検査値の概説は北野病院薬剤部ホームページをご参照ください。

【身体情報】

身長 155cm(2019/11/26) 体重 48.5kg(2019/11/26) 体表面積 1.448 m²

*身長・体重・体表面積につきましては()内の測定日を確認の上、調剤時に最新の情報を必要とする場合は患者さんに直接ご確認ください。

表記されている値に関する疑義照会は、出来る限り差し控えて頂きますようご協力の程お願い致します。

疑義照会の連絡先

疑義照会は以下へFAXでお願いいたします。

(時間内) FAX [06-6131-2701]

(時間外) FAX [06-6361-0588]

疑義照会以外で医師へ情報提供した方が望ましい内容はトレーシングレポートをご利用ください。
(詳細は北野病院薬剤部ホームページをご参照ください。)

一般名処方について

北野病院では、一部の薬剤を除き医師が銘柄名を指定する以外の院外処方箋を一般名処方の表示へ切り替えております。

一般名による曖昧さを回避するため、一般名処方する全ての薬剤につきまして、括弧内に参考情報として銘柄名を併記しております。

なお、あくまでも参考情報であり併記された銘柄名通りの薬剤を交付する必要はありません。

処方せん

公費負担者番号 (市町村番号)									
公費負担医療・老人 医療の受給者番号									

保険者番号									
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号	大・12345678								

〒530-8480 大阪市北区扇町2丁目4番20号
 公益財団法人 田附興風会 北野病院 病200以上
 医学研究所
 TEL 06-6312-8825 FAX 06-6131-270
 (時間外) TEL 06-6312-1221 / FAX 06-6361-0588
 保険医師名 消化器内科 指導医9001 (印)

患者	氏名	連携 予備 011 男 96000117 平成02年01月01日 29歳 11カ月		
	区分	国保	本人	

都道府県 コード	2	7	点数表 番号	1	医療機関 コード	4	1	0	7	7	4
-------------	---	---	-----------	---	-------------	---	---	---	---	---	---

交付年月日	2019年12月7日
-------	------------

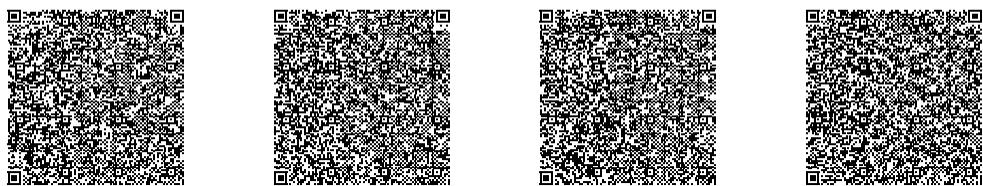
処方せんの 使用期間	2019年12月10日 までに薬局提出すること
---------------	-------------------------

変更 不可	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更と判断した場合 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
処 方	RP01	【般】アセトアミノフェン細粒20% (カロナール細粒20% 200mg/g) ★1日2回朝夕食後	【原薬】1回 0.5mg (1日 1mg) 7日分
	RP02	【般】カルボシステインシロップ用50% (カルボシステインDS 500mg/g 「効効」) ★1日3回朝昼夕食後	【原薬】1回 83.333mg (1日 250mg) 7日分
	RP03	アスベリンシロップ 5mg/ml ★1日3回朝昼夕食後	1回 1ml (1日 3ml) 7日分
	RP04	【般】ツロブテロールテープ0.5mg (ツロブテロールテープ 0.5mg 「EMEC」) ★(貼り薬) 1日1回 ★胸部, 医師の指示通り	1回 1枚 (1日 1枚) 7日分
	RP05	ロコイド軟膏 5g/本 ★(ぬりぐすり) 1日1回 ★医師の指示通り	(全量) 1本 7日分に相当
	RP06	【般】オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠5mg (オロパタジン塩酸塩OD錠5mg 「ファイバー」) ★頓服:5回分, 医師の指示通り	1回 0.5錠
	RP07	【般】ロキソプロフェンNa錠60mg (【般】ロキソプロフェンNa錠60mg) 【般】レバミピド錠100mg (【般】レバミピド錠100mg) ★1日3回朝昼夕食後 ※次ページに続きます。	1回 1錠 (1日 3錠) 1回 1錠 (1日 3錠) 7日分

備 考		後発医薬品(ジェネリック医薬品) への変更不可の場合以下に署名 保険医署名
--------	--	---------------------------------------------

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
 保険医療機関へ疑似照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	年 月 日	調剤済	公費負担者番号						
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師指名	(印)		公費負担医療 の受給者番号						



処方せん

公費負担者番号 (市町村番号)									
公費負担医療・老人 医療の受給者番号									

保険者番号									
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号	大・12345678								

〒530-8480 大阪市北区扇町2丁目4番20号
 公益財団法人 田附興風会 北野病院 病200以上
 医学研究所

患者	氏名	ㄐㄎㄎ ㄐㄎ011 連携 予備011 男 96000117 平成02年01月01日 29歳 11カ月		
	区分	国保	本人	

TEL 06-6312-8825 FAX 06-6131-270
 (時間外) TEL 06-6312-1221 / FAX 06-6361-0588
 保険医師名 消化器内科 指導医9001 (印)

都道府県 コード	2	7	点数表 番号	1	医療機関 コード	4	1	0	7	7	4
-------------	---	---	-----------	---	-------------	---	---	---	---	---	---

交付年月日	2019年12月7日
-------	------------

処方せんの 使用期間	2019年12月10日 までに薬局提出すること
---------------	-------------------------

処方	変更 不可	<p>個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</p> <p>RP08 ビオスリー配合OD錠 1回 1錠 (1日 3錠) ★1日3回朝昼夕食後 7日分 以下余白</p>
----	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

備考	後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更不可の場合以下に署名
	保険医署名

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
 保険医療機関へ疑似照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	年 月 日	調剤済	公費負担者番号								
保険薬局の 所在地及び名称 保険薬剤師指名	(印)		公費負担医療 の受給者番号								