

患者ID0008886633

処方箋

オーダー番号：55504490第03版

受診科呼吸器内科

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

1/1

公費負担者番号又は市町村番号

公費負担医療又は老人医療の受給者番号

保険者番号

0

0

0

0

0

0

被保険者資格に係る記号・番号

氏名

テスト ヒメジタロウ様

昭和35年01月01日65才男性

区分

被保険者

負担割合3割

交付年月日

令和7年10月07日

処方箋の使用期間

令和7年10月10日

処方

方

変更不可(医療上必要)

患者希望

[

個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがある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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

]

1)

【般】トラネキサム酸カプセル250mg

3CP

1回1CP(1日3CP)

【般】アンプロキソール塩酸塩シロップ用1.5%15mg/g

45mg

1回15mg(1日45mg)

7日分

・・・1日3回毎食後

・・・2025/10/07(火)

2)

【般】アセトアミノフェン錠300mg

2錠

・・・屯用(発熱・疼痛時)

5回分

・・・2025/10/07(火)

3)

【般】ブデソニド・ホルモテロール配合吸入粉末剤60吸入

1本

・・・1回2吸入1日2回

・・・2025/10/07(火)

以下余白

サブリール可

(一回)

備

考

麻薬施用者番号

患者住所

医事印

お問い合わせはお電話をお願いします。

保険医署名

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

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。)

保険医療機関へ疑義照会した上で調剤

保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)

□1回目調剤日(年月日)

□2回目調剤日(年月日)

□3回目調剤日(年月日)

次回調剤予定日(年月日)

次回調剤予定日(年月日)

調剤済年月日

公費負担者番号

保険薬局の所在地及び名称

保険薬剤師氏名

公費負担医療又は老人医療の受給者番号

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

★患者さんへ

○「処方せん」の有効期間は、交付日を含め4日間（土日祝日を含む）です。
記載の使用期間を過ぎた場合、保険薬局ではお薬を受け取ることができません。

○「処方せん」の再発行はできません。紛失され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下さい。

○事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要です。

○検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙中央の点線部分で切り離し、左側の「処方せん」のみ渡して下さい。

◆保険薬局への連絡事項

○下記の表の検査値は、過去100日以内の最新値です。
処方監査（肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見など）及び服薬説明にご活用下さい。

○疑義照会について：原則、8:30～17:15 079-225-3211（代表）までお願いします。
また、同一成分の内容であれば銘柄の変更、剤形の変更、配合剤への変更に関して疑義照会の必要はありません。

疑義照会後の内容は当院宛にFAX(079-223-8310)まで送信してください。

○処方せんの記載方法について：本院の「処方せん」は「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書（平成22年1月厚生労働省）」に沿った記載方法となっています。

検査結果（直近100日の検査から）

検査名	検査日	検査結果	単位	基準値
WBC	-----	-----	*10 ³ /μl	3.3～8.6
Hb	-----	-----	g/dL	13.7～16.8
Plt	-----	-----	*10 ⁴ /μl	15.8～34.8
PT-INR	-----	-----		0.85～1.15
ALB	-----	-----	g/dL	4.1～5.1
AST・GOT	-----	-----	U/L	13～30
ALT・GPT	-----	-----	U/L	10～42
T-Bil	-----	-----	mg/dL	0.4～1.5
γ-GTP	-----	-----	U/L	13～64
血清Cr	-----	-----	mg/dL	0.65～1.07
eGFR	-----	-----	ml/min/1.73m ²	～60
CK	-----	-----	U/L	59～248
CRP	-----	-----	mg/dL	0.00～0.14
Na	-----	-----	mEq/L	138～145
K+	-----	-----	mEq/L	3.6～4.8
HbA1c	-----	-----	%	4.9～6.0

○個人情報となりますので取り扱いには十分注意し、目的以外での使用はしないで下さい。