

9999091404

処方せん
(この処方せんはどの薬局でも有効です)

20863001

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
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号								

患 者	氏名	テスト 1. 1. 1		性別	女性
	生年月日	昭和50年11月11日			
	区分	被保険者	負担	3	

保険医療機関の 所在地及び名称	秋田市川元松丘町4番30号 地方独立行政法人 市立秋田総合病院				
電話番号	018-823-4171				
診療科名	救急科				
保険医氏名	開発系医師001				
都道府県 番号	05	点 番号	1	医療機関 コード	0116437

交付年月日	平成29年03月27日	処方せんの 使用期間	平成29年03月30日
-------	-------------	---------------	-------------

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。]		
処 方	1)	カルボシステイン錠 250mg 「サワイ」 1回1錠（1日3錠） ・・・1日3回 毎食後	3錠 5日分
	2)	コロナール細粒20% (200mg/g) 1回100mg（1日300mg） ・・・1日3回 毎食後	300mg 5日分
	3)	【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3% (20g・25g) アンテベート軟膏0.05% (10g/本) ・・・塗布（混合）：1日2回、体 ひとい所	20g 20g
		以下余白	



備 考	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。]	麻薬施用者免許番号
	患者住所：	
	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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

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					

薬品名、用量の変更は無効です。交付から4日間有効。

検査値の表示について

検査値は、保険薬局で処方内容の確認やお薬の服薬説明の際に
利用するためのものです。
下記検査項目は、お薬の服用にあたり注意が必要なものについて、
90日前までの最新の検査結果データを表示しています。
検査を受けていない場合は表示されません。

【検査情報】

検査項目	WBC(×1000/μL)	Neutro(%)	Hb(g/dL)	Plt(×10000/μL)
検査日	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14
検査値	6.2	50	12.6	280

検査項目	T-Bil(mg/dL)	AST(U/L)	ALT(U/L)	γ-GT(U/L)
検査日	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14
検査値	0.8	20	36	15

検査項目	CK(U/L)	K(mmol/L)	Ca(mg/dL)	sCr(mg/dL)
検査日	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14
検査値	160	3.2	8.8	0.83

検査項目	CRP(mg/dL)	PT-INR	eGFR	HbA1c(%)
検査日	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14	2017/02/14
検査値	0.2	1.60	90	5.3

【身体情報】

身長	180.0cm	体重	80.000kg	体表面積	1.996m ²
測定日	2017/01/27	測定日	2017/01/27		