

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号		1234	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		1234・1	
氏名	テスト 99999906 99999906 平成 2年 2月 1日生		性別	男	
区分	被保険者		都道府県	05	点数表番号
交付年月日	令和 4年 12月 8日		処方箋の使用期間	令和 4年 12月 11日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。	
処方	変更不可				
	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にあたり支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。				
方	01 グラクティブ錠 50mg <糖> 1回 1錠 (1日 1錠) 1日1回朝食後 28日分				
	02 【般】アレント [®] リン酸錠35mg 1回 1錠 (1日 1錠) 1日1回起床時 28日分 ―― 以下余白 ―――				
備考	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「✓」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供				
	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名				
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「✓」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。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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		令和 年 月 日		公費負担者番号	
保険薬局の所在地名称		公費負担医療の受給者番号			
保険薬剤師氏名					

患者さんへ

- ・ 処方箋の使用期限は、特に記載がある場合を除き、交付を含めて4日間です。使用期限を過ぎた場合は、保険薬局でお薬を受け取ることができません。再発行もできませんので、早めに保険薬局にご提出ください。
- ・ 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。

保険薬局の方へ

- ・ 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日間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。
- ・ 処方内容に関することは各診療科へお問い合わせください。
- ・ 後発医薬品の切り替えに関しては、お薬手帳に記載し、次回受診の際に医師へ伝えるよう患者さんへ説明してください。FAX、電話連絡は不要です。

【検査結果】

検査名称	結果値	単位	検査日
白血球数			
NE %			
ヘモグロビン			
血小板			
総ビリルビン			
AST			
ALT			
γ-GT			
CK			
カリウム			
カルシウム			
クレアチニン			
CRP			
PT-INR			
eGFR			
ヘモグロビンA1c			
尿酸(UA)			
総コレステロール			
中性脂肪			
LDL-C(D)			

【身体情報】

身長：
体重：
体表面積：

