

公費負担者番号										保険者番号		3		2		1		4		0		4		1		0	
公費負担医療の受給者番号										被保険者資格に係る記号・番号		02-鎌・2019															
氏名	氏名										秋田県秋田市川元松丘町4番30号 地方独立行政法人 市立秋田総合病院 電話番号 0570-01-4171 保険医氏名 テスト 9999																
	テスト 99993809 99993809 昭和 30年 9月 19日生										秋田県秋田市川元松丘町4番30号 地方独立行政法人 市立秋田総合病院 電話番号 0570-01-4171 保険医氏名 テスト 9999																
区分	被保険者被扶養者										都道府県番号 05 点数表番号 1 医療機関コード 0116437																
処方	交付年月日		令和 7年 6月 18日				処方箋の使用期間		令和 7年 6月 21日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。																		
	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）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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「✓」または「×」を記載すること。																						
方	01		グラクティブ錠 50mg <糖>				1回 1錠（1日 1錠）		28日分																		
	02		【般】アレントロン酸錠35mg				1回 1錠（1日 1錠）		4日分																		
備考	サフィール可		□		（		回）		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。） □保険医療機関へ延義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供																		
	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		保険医署名		⑩																						
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。） □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		令和 年 月 日				公費負担者番号																					
保険薬局の所在地及び名称		⑩				公費負担医療の受給者番号																					

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			
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：

