

院外処方箋

Page:1/1  
内科

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	
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	
氏名	昭和 年 月 日 生	性別	男
住所	埼玉県さいたま市岩槻区本町2-10-5 医療法人慈正会丸山記念総合病院		
電話番号	048-757-3511		
保険医氏名	印		
区分	被保険者	被扶養者	
交付年月日	令和3年1月14日	処方箋の使用期間	令和3年1月17日
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)への変更を希望する場合は、特記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	見本 使用不可		
備考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特記指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 □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、以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名 印		
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		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名	印		

\*この処方箋は原本のみ有効です。複写(コピー)は無効となります。

患者様へ

この院外処方箋の有効期限は令和3年1月17日までです。

- ・お名前をお確かめください。
- ・早めにかかりつけの保険薬局でお薬をお受け取りください。
- ・検査値や身体情報は、お薬の使用にあたり有用な情報です。保険薬局への提出を希望されない場合は、真ん中のミシン目で切り離して「院外処方箋」のみをお渡しください。
- ・患者様が印字を希望しない場合や、検査を実施していない場合は空欄になります。

保険薬局の方へ

検査値、身体情報は、お薬の使い方を確認するための資料です。

検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
白血球数	4000 ~ 9000	5100	/μL	2021/01/14
Neutro	40.0 ~ 74.0	69.2	%	2021/01/14
血色素	14.0 ~ 18.0	15.4	g/dL	2021/01/14
血小板数	13.0 ~ 40.0	20.9	×10 <sup>4</sup> /μL	2021/01/14
PT(INR)				
CRP(定量)	~ 0.5	0.2	mg/dL	2021/01/14
A S T	10 ~ 40	34	IU/L	2021/01/14
A L T	5 ~ 45	24	IU/L	2021/01/14
T-Bil	0.2 ~ 1.0	0.6	mg/dL	2021/01/14
Creat	0.60 ~ 1.10	0.92	mg/dL	2021/01/14
推算GFR値	90.0 ~	65.3	mL/min	2021/01/14
CPK	50 ~ 255	44	IU/L	2021/01/14
Na	137 ~ 147	144	mEq/L	2021/01/14
K	3.7 ~ 4.8	4.7	mEq/L	2021/01/14
Ca	8.2 ~ 10.4	9.5	mg/dL	2021/01/14
Glu	70 ~ 115	105	mg/dL	2021/01/14
HbA1c/NGSP	4.6 ~ 6.2	6.0	%	2021/01/14

身体情報

身長:  
体重:  
体表面積:

丸山記念総合病院

〒339-8521 埼玉県さいたま市岩槻区本町2-10-5

処方箋に関する問い合わせ 048-757-3511(代表)

QRコード表示欄