

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

公費負担者番号		保険者番号	06
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	21 1000000

患者	氏名	テスト 17 テスト 17 男	90000017
	生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日	
	区分	**被保険者	被扶養者
保険医療機関の所在地及び名称		石川県小松市向本折町ホ60番 国民健康保険 小松市民病院	
電話番号		0761-22-7111	
保険医師名		NEC 科フ医 (印)	
都道府県番号	17	点数表番号	1
医療機関コード	0311364		

交付年月日	令和 3 年 2 月 3 日	処方箋の使用期間	年 月 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 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。

処方	01)	【般】ファモチジンD錠 20mg	1 T
		用法 分1：朝食後	1 日分
(以下余白)			

備考	保険医署名	変更不可欄に「」又は「×」を気合した場合は、署名又は記名・押印すること。	(印)
	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	年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称	(印)	公費負担医療の受給者番号	

患者さんへ

当院では、薬の適正使用のために、検査値を処方箋に記載しており、保険調剤薬局にも検査値情報の提供をお勧めしています。  
(薬局の薬剤師が薬の副作用や投与量を確認するために使用します)  
保険調剤薬局への検査値情報の提供を希望されない場合は、用紙中央部分の点線で切り離し、左側の「処方箋」のみご提出ください。

保険調剤薬局の方へ

疑義照会は下記の番号へFAXをしてください。  
TEL・FAX(兼用) 0761-25-5450 (月曜日～金曜日 8:30～17:00)

検査値 (直近90日のデータ)

H:high L:low

項目	基準範囲(男性)	検査値 (検査日)	項目	基準範囲(男性)	検査値 (検査日)
NA	138-145 mEq/L	140 ( 1/25)	TG	40-149 mg/dl	50 ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
K	3.6-4.8 mEq/L	4 ( 1/25)	T-CHO	142-219 mg/dl	150 ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
CRE	0.65-1.07 mg/dl	0.8 ( 1/25)	HDL-C	40-90 mg/dl	150 H ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
e-GFR		2 ( 1/25)	LDL-C	65-139 mg/dl	10L ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
AST	13-30 U/L	20 ( 1/25)	CRP量	0.00-0.14 mg/dl	0.05 ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
ALT	10-42 U/L	60H ( 1/25)	WBC	3.3-8.6 × 10 <sup>3</sup> /μl	6 ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
γ-GTP	13-64 U/L	10 ( 1/25)	HGB	13.7-16.8 g/dl	**** (****)
		**** (****)			**** (****)
T-BIL	0.4-1.5 mg/dl	8H ( 1/25)	PLT	158-348 × 10 <sup>3</sup> /μl	500 H ( 1/25)
		**** (****)			**** (****)
CK	59-248 U/L	10L ( 1/25)	NEUTRO	40.0-65.0 %	**** (****)
		**** (****)			**** (****)
A1c(NGSP)	4.9-6.0 %	5 ( 1/25)	PT-INR	0.90-1.10	1 ( 1/25)
		5 ( 1/25)			**** (****)