

# 処方箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

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									
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	(枝番)								

氏名	-モギ アツコ ●模擬 敦子 様		
	1977年06月01日	45才	女性
区分	被保険者	負担割合	3割
処方箋の 使用期間	令和4年11月10日		

保険医療機関の  
所在地及び名称 仙台市若林区大和町 2-29-1  
東北医科大学 若林病院  
電話番号 022-236-XXXX  
診療科名 外科  
保険医氏名 システム管理者 ㊞  
都道府県番号 04 点数表番号 1 医療機関コード 5312651

交付年月日	令和4年11月07日
処方箋の 使用期間	令和4年11月10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) ウルソ錠 100mg	1錠
方	2行目	
	3行目	
	4行目	
	5行目	
	6行目	
	7行目	
	8行目	
	9行目	
	10行目	
	11行目	
	12行目	
	13行目	
	14行目	
	15行目	
	16行目	
	17行目	
	18行目	
	19行目	
	・・・1日1回	1日分
	・・・2022/11/07(月)	
	以下余白	
	- サンプル可 <input type="checkbox"/> ( 回 ) -	

備	麻薬施用者番号	患者住所
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。 ] ㊞	
	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	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」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	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



電話番号(XXXX)

内科5721 整形外科5771 耳鼻咽喉科5851  
 外科5761 産婦人科5821 リハビリ科5771  
 眼科5831 精神科 5751 泌尿器科 5784  
 歯科5861 透視科 5757 放射線科 5791

夜間・休日の問合せ

236-5777

検査値に関する問い合わせ(平日9時~17時): 薬剤部  
236-5931

## 【患者さんへ】 (下記に検査値等の記載がある方)

- 下記の身体情報、検査情報は、保険薬局での調剤時に薬の適正使用（量の調節や副作用の早期発見など）、服薬説明に活用して頂くものです。可能な限り保険薬局にご提示下さい。
- 検査情報等を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙の点線部分で切り離し、保険薬局へ渡してください。また、院外処方箋の検査情報の表示を希望されない場合は、お申し出ください。次回以降表示を行わないようにいたします。

## 【身体情報】

身長	170.0 cm	体重	65.000 kg	体表面積	1.754 m
測定日	2020/03/18	測定日	2020/03/18		

## 【検査情報】

AST	ALT	T-Bil	γ GTP	CK	CRP

Cr	eGFR	BUN	K	PT-INR	HbA1c

WBC	Hb	PLT	Neut

Neutは機械法のみ記載となります。