

院 外 処 方 箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

出力日時: 11:31:59 1/1

診察券番号: 処方箋番号: 9215 発行月日

大阪国際がんセンター

【患者さんへのお知らせ】

- ・受け取られた処方箋は、どの保険薬局でも有効です。
- ・処方箋の有効期限は、交付日を含めて4日間です。期限を過ぎると、お薬を受け取ることができなくなりますのでご注意ください。特に、週末や連休前などはご注意ください。
- ・受け取られたお薬に関して不明な点は、お薬を受け取られた保険薬局の薬剤師にお尋ねください。

【保険薬局へのお知らせ】

- ・疑義照会や情報提供方法、採用医薬品に関する事は、当センターホームページを確認してください。
- ・処方箋の疑義等については、下記にお問い合わせください。

【電話 06-6945-1181 (代)】 平日 9:00~17:30

処方内容 : 処方医へ  
 保険内容 : 医事グループへ  
 調剤方法 : 薬局へ

- ・トレーシングレポート (服薬情報提供書)、疑義照会により処方内容の変更があった場合は、薬局DI室 (FAX 06-6945-1199) に報告してください。  
 ※トレーシングレポートは、疑義照会に使用しないでください。  
 ※後発医薬品変更可の処方箋における後発医薬品への変更内容の報告は不要です。  
 変更内容は、お薬手帳へ記載等の対応をお願いします。
- ・当センターとプロトコルを締結されている保険薬局は、プロトコルに準拠してください。

【患者さんの検査値】

・検査値は、6ヶ月以内の直近の値です。(検査値が空欄の項目は、6ヶ月以内の検査結果がありません。)

項目	白血球数	好中球数	血小板数	ヘモグロビン	PT-INR	AST	ALT	総ビリルビン
検査日								
検査値								
参考値	3.3-8.6	1.5-7.5	158-348	11.6-14.8	---	13-30	7-23	0.4-1.5
単位	x1000/ $\mu$ L	x1000/ $\mu$ L	x1000/ $\mu$ L	g/dL	--	U/L	U/L	mg/dL
項目	クレアチン	eGFR	CK	CRP	K	Ca	HbA1c	
検査日								
検査値								
参考値	0.46-0.79	---	41-153	$\leq$ 0.14	3.6-4.8	8.8-10.1	4.9-6.0	
単位	mg/dL	--	U/L	mg/dL	mmol/L	mg/dL	%	

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	06000000
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	(枝番)
氏名	9999950032 テスト A1-2 男性	〒541-8567 大阪市中央区大手前3丁目1-69 大阪国際がんセンター	大阪府 大阪市 中央区 大手前3丁目1-69
生年月日	昭和60年01月01日 39歳	電話番号	06(6945)1181
区分	被保険者	負担割合	3割
交付年月日	令和6年09月20日	処方箋の 使用期限	令和 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 (医療上 必要)	患者 希望	個々の処方薬について、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)処方への変更を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。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「レ」又は「×」を記載すること。	
処方	レ	1) ラシックス錠40mg 1回1錠(1日3錠) ・・・1日3回:毎食後	3錠 2日分
	レ	2) サムスカOD錠7.5mg 1回1錠(1日3錠) ・・・1日3回:毎食後	3錠 2日分
	レ	3) ノバルジン錠50mg 1回1錠(1日3錠) ・・・1日3回:毎食後	3錠 1日分
方		4) アイトロール錠20mg 1回1錠(1日3錠) ・・・1日3回:毎食後	3錠 2日分
		以下余白	
備	麻薬施用者番号	患者住所	
考	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合又は、処方箋が「含量・規格変更不可」「剤型変更不可」の場合、署名又は記名・押印すること。		
	診療科: 肝胆膵内科	保険医師名	【開】テスト医師
	疑義照会による処方変更報告はFax06-6945-1199まで		
	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		
調剤済年月日		公費負担者番号	
保険薬局所在地 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	

