NO.3003

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

国保　　本人

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
患者 フリガナ	ﾃｽﾄ ｶﾞｲﾗｲﾚﾝｹｲ1
患者 氏名	テスト　外来連携１
患者 生年月日	昭和50年1月1日　女
患者 区分	被保険者
交付年月日	令和4年1月20日

保険者番号	0 0 0 1 0 0 1 7
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	ああああ １２３４５６７-01

保険医療機関の所在地及び名称　静岡県焼津市大覚寺2丁目30番地の1　社会医療法人駿甲会　コミュニティーホスピタル甲賀病院

電話番号　054-628-5500

保険医氏名　テスト医師@本系　㊞

都道府県コード	点数表番号	医療機関コード
2 2	1	5 1 1 0 3 7 6

処方箋の使用期間　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。

処方箋は調剤の日より３年間保存

処方

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。〕

1.　アーテン錠２ｍｇ　3錠
　　分３　朝昼夕食後　5日分

2.　【般】ケトプロフェンテープ２０ｍｇ（７×１０ｃｍ非温感）　1袋
　　１日１回
　7日分

－ 以下余白 －

備考

頁：1 / 1

9999999

「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。

保険医署名　㊞

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。）

☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　☐ 保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地の及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

キリトリ線

テスト　外来連携１　様　　令和4年1月20日 15:03:37 発行

＜患者様へ＞

処方せんの有効期限は発行日を含め４日間（土日祝日を含む）です。有効期限を過ぎた場合は、保険薬局で薬を受け取ることができなくなります。再発行には、原則再診察が必須となりますのでご注意ください。
当院で採血された方は、以下に検査結果が表示されます。保険薬局薬剤師による検査値に基づく薬の量の確認や副作用の早期発見を目的として有用な情報になります。提示していただくことをおすすめしますが、万が一知られたくない場合は点線の部分で切り取っていただいて構いません。

＜検査結果に関して＞

【身体情報】

身長　160.5cm　（測定日：　2021/12/02　）　体重　54.3kg　（測定日：　2021/12/02　）

【検査情報】（過去90日間に測定歴のある直近の結果値を表示しています。）

検査名	結果値	検査日		標準値	検査名	結果値	検査日		標準値
TP	-				NA	1	2021/12/03	L	137-147
ALB:BCP	-				K	2.0	2021/12/03	L	3.5-5.0
AST(GOT)	10	2021/12/02		10-40	TG	-			
ALT(GPT)	20	2021/12/02		5-45	T-Cho	-			
T-BIL	-				CRP定量	-			
ALP	-				血清血糖	-			
γ-GTP	-				HbA1c(NGSP)	-			
Ch-E	-				PT(INR)	-			
CK	-				WBC	-			
BUN	-				RBC	-			
ｸﾚｱﾁﾆﾝ	-				ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ	-			
推算GFR値	-				PLT	-			

キ リ ト リ 線