

# 処方箋の見本

## 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。)  
(自費)

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	テスト 99990002 テスト 99990002 大正12年 1月 1日生 100歳 8ヶ月	性別	男	年齢	100歳	保険医療機関の所在地及び名称	兵庫県神戸市西区枝吉1丁目16番地 医療法人社団倫生会 みどり病院	電話番号	078-928-1700	保険医氏名	テスト 医師
区分	被保険者	被扶養者		都道府県番号	28	点数表番号	1	医療機関コード	5202144		

交付年月日	令和5年 9月 1日	処方箋の使用期間	令和5年 9月 4日 特に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	変更不可 01	【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 1錠 分1 朝食後 7日分 --- 以下余白 ---
----	------------	---

備考	リフィル可 <input type="checkbox"/> (-回) 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
----	--

備考	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
----	---

備考	調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「√」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	令和 年 月 日	公費負担者番号	
--------	----------	---------	--

保険薬局の所在地名 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号	
----------------------	--	--------------	--

## 検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
*WBC	73	10 <sup>2</sup> /μL	2023/11/1
*NEUT	70	%	2023/11/1
*PLT	7.9	10 <sup>4</sup> /μL	2023/11/1
*Hb	11.2	g/dL	2023/11/1
*T-Bil	0.3	mg/dL	2023/11/1
*AST(GOT)	16	U/L	2023/11/1
*ALT(GPT)	12	U/L	2023/11/1
*BUN	13.9	mg/dL	2023/11/1
*クレアチニン	0.71	mg/dL	2023/11/1
*eGFR	119	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	2023/11/1
*Na	141	mmol/L	2023/11/1
*K	3.9	mmol/L	2023/11/1
*CK	48	mg/dL	2023/11/1
*BNP	40	pg/mL	2023/11/1
*HbA1c(NGSP)	6.5	%	2023/11/1

身長：160.0cm (測定日：2023/11/1)

体重：60.0kg (測定日：2023/11/1)

体表面積：1.62m<sup>2</sup>

※情報の表示を希望されない場合は、医師への申出により次回以降表示を行わないようにすることが可能です。

※情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、検査値欄を切り取って保険薬局へお渡しください。

医療法人社団倫生会 みどり病院  
〒651-2133 兵庫県神戸市西区枝吉1丁目16番地  
処方箋に関する問い合わせ  
電話 078-928-1700(代表)  
FAX 078-928-1772(代表)

