

患者番号 9999805

院外処方箋

氏名 テスト 令和
テト レイ

都道府県 25 点数表 1 医療機関 0701101
コード 番号 コード

生年月日 令和01年05月01日
0歳6ヶ月

保険医療機関の 滋賀県守山市守山五丁目4-30
所在地及び名称 滋賀県立総合病院

性別 男
交付日 令和01年11月21日 心内
住所

電話番号 077-582-5031

保険医氏名 NECテスト医師 印 ※保険医の印またはサインのないもの、使用期間を経過したものは処方せんとして無効です

区分 被保険者 負担 処方せんの 令和 年 月 日 特に記載のある場合を除き交付の
分 被扶養者 割合 0 割 使用期間 日を含めて4日以内に提出のこと

公費負担者番号 0 6 1 2 3 4 5 9 保険者番号

公費負担受給者番号 記号・番号 あいう・123

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「✓」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	ロキソニン錠60mg 発熱時	1 錠	1 回分
	02	★P L 配合顆粒(1g/包)★ 分1：夕食後	1 包	1 日分
	03	クラリスロマイシン錠200mg「NP」 分1：夕食後	1 錠	1 日分
	04	レボフロキサシ点眼液1.5%「日点」(5mL/本) 1日1回：両眼	1 本	
	05	メイアクトMS錠100mg(100mg/錠) 分1：夕食後	1 錠	1 日分

備 後発医薬品への変更および残薬調整の情報提供は代表FAX:077-582-5426 にお願ひします
6歳 (福)86250001 2345

「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること

考 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)
 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
 残薬調整し調整後の報告可

調剤年月日 令和 年 月 日 保険薬局の名称及び所在地
調剤担当保険薬剤師氏名 印

この処方箋は、どの保険薬局でも有効です

視力障害があるので用法を大きく書いて下さい

○ ご案内

院外処方せんはどの保険薬局でも有効です。
県内の保険薬局一覧は1階のFAXコーナーにあります。

* ご注意

この処方せんは特に記載のある場合を除き、使用期間は交付の日を含めて4日以内（土、日、祝を含めて）です。
使用期間内に保険薬局に提出して下さい。
使用期間を過ぎた処方せんは無効となりますので
ご注意ください。

○以下の検査値情報は、保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。

(過去3か月以内の最新結果値です)

WBC	0.4	L (2019/11/21)	CRE	0.51	(2019/11/21)
好中球 数	2870	(2019/11/21)	K	3.5	L (2019/11/21)
Hb	5.7	L (2019/11/21)	HbA1c	6.1	(2019/11/21)
血小板	20	L (2019/11/21)			
PT(INR)	1.05	(2019/11/21)			
T-BIL	0.43	(2019/11/21)			
AST(GOT)	15	(2019/11/21)			
ALT(GPT)	11	(2019/11/21)			

滋賀県立総合病院