

◆ 院外処方せんの見方 (処方せんを紛失した場合は保険が利きません【10割自己負担になります】。ご注意ください)

患者さんのお名前・患者ID (診察券番号)

処方せんの有効期限日：この期限日までに
保険薬局に処方せんを持って行ってください

科名	第一内科	処方せん院外 No.	0213-0002 1/1
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)			
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者ID	03041944	保険医療機関	愛媛大学医学部附属病院
FAX	03041944	所在地及び名称	愛媛県東温市志津川
氏名	テスト 03041944	電話番号	(089)964-5111
生年月日	昭和09年08月08日	性別	男
年齢	80歳 6ヵ月	保険医氏名	
区分	被保険者(保険種別：自費)	都道府県	3:8
交付年月日	平成27年02月13日	処方せんの使用期間	平成27年02月16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。		
RP01	【肝腎】	10m l	
	分3 (朝、昼、夕)食後	1日分	
RP02	【腎】	1錠	
	分1 (朝)食後	1日分	
		以下余白	
備考	「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。		
麻薬施用者番号		患者住所	
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		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

処方せん取り扱い上の注意

- 「処方せん」の有効期限は **平成27年02月16日** です。
記載の有効期限を過ぎた場合、**保険薬局でお薬を受け取る事が出来ません。**
 - 「処方せん」の再発行はできません。
 - 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、**保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要**です。
- ★保険薬局薬剤師の方へ
【FAX番号 ①FAXコーナー：089-964-7458 ②薬剤部調剤室：089-960-5733】
I 疑義照会について 平日8:30~17:00 ①△ 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②△
*時間外の疑義照会は、事前に薬剤部へご連絡後、FAXを送信すること。
II 後発医薬品の変更時の情報提供について 初回のみ ①△
*初回の情報提供には処方せんを含む本用紙をコピーし、下記コメントに記載すること。
*2回目以降は「お薬手帳」を利用すること。
III 処方せん上の略号について
(混)―以上を混合せよ。(粉)―右記の薬品を粉砕せよ。(包)―以上を1包化せよ。
(全)―交付全量を記載している薬品 ①―1回量もしくは1日量を記載している薬品
(滴)―簡易懸濁法が可能な薬品

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

WBC	HGB	Plt	INR	AST	ALT	TB	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1c	ALB

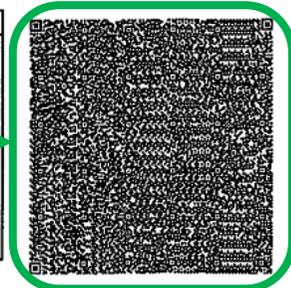
交付年月日 (処方せん発行日)

処方せんの使用期間
：この処方せんが有効な期間

処方内容
【 】内はそのお薬が肝臓もしくは腎臓から代謝(分解)・排泄されることを意味します。次にお薬の名前(成分量・規格)・1日量・分●(●の数字は1日に服用する回数)・タイミングを示しています

血液検査実施日と検査結果
正常値は下記サイトよりご覧ください。
<http://www.hsp.ehime-u.ac.jp/medicine/renkei.html>
患者さんによって実施する検査項目は異なります。あらかじめご了承ください。

処方せん情報を含むQRコード
コードを読み取るアプリ(携帯電話などからダウンロード)が必要です



は当院へ情報コーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを

連絡先(Tel・Fax)

供を含む)

シート貼付