

公費負担者番号										
公費負担医療の受給者番号										

保険者番号	0	6	1	3	3	9	4	6
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								

患者ID	73000079		
氏名	患者73000079		
生年月日	令和元年08月16日	性別	男
年齢	1歳 2カ月		
区分	被扶養者(保険種別:組合)(20%)		

保険医療機関の所在地及び名称	愛媛大学医学部附属病院 愛媛県東温市志津川						
電話番号	(089)964-5111						
保険医氏名	薬剤師2692	印					
都道府県番号	3	8	点数表番号	1			
医療機関コード	8	0	1	0	0	4	7

交付年月日	令和02年10月27日	処方せんの使用期間	令和02年10月30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	処方	備考
	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 【般】【肝腎】ロキソプロフェンNa錠60mg 分3(朝、昼、夕)食後 7日分	1回1錠(1日3錠)
	RP02 【般】【肝腎】ロキソプロフェンNa錠60mg 頓服:5回分、疼痛時に 頓服	1回 1錠
	RP03 メネシット配合錠(100mg) 分4 起床、(朝、昼、夕)食後 7日分 不均等:(2錠/2錠/1錠/1錠)	不均等(1日 6錠)
	RP04 【般】ケエチアピン細粒50% 分1(朝)食後 7日分	1回6.25mg(1日6.25mg) (成分量)
	RP05 【般】ケエチアピン細粒50% 分1(朝)食後 7日分	1回0.012g(1日0.012g) (製剤量)
	※次ページに続きます。	

保険医署名	「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。	6歳	身長	160cm
			体重	60001.1g
			体表面積	1.622m <sup>2</sup>
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				
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

患者氏名 患者73000079

- 「処方せん」の有効期限は **令和02年10月30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ことが出来ません。
- 「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)一以上を混合せよ。(粉)一右記の薬品を粉砕化せよ。(包)一以上を1包化せよ。  
(全)一交付全量を記載している薬品 ①一1回量もしくは1日量を記載している薬品  
(濁)一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

おくすり伝言板

eGFR値(mL/min/1.73m<sup>2</sup>)は数値に(体表面積÷1.73)を掛けた値を用いて利用して下さい。

★ 処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第三内科 薬剤師2692

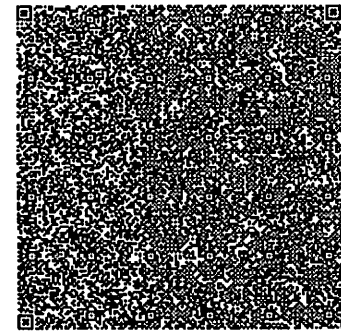
フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。

薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_ 連絡先(Tel・Fax) \_\_\_\_\_

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
 同意あり  同意なし



(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	0	6	1	3	3	9	4	6	
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	患者ID	73000079				保険医療機関の所在地及び名称	愛媛大学医学部附属病院			
	氏名	患者73000079				電話番号	(089)964-5111			
	生年月日 年齢	令和元年08月16日 1歳 2カ月	性別	男		保険医氏名	薬剤師2692		印	

区分	被扶養者(保険種別:組合)(20%)	都道府県番号	3	8	点数表番号	1	医療機関コード	8	0	1	0	0	4	7
交付年月日	令和02年10月27日	処方せんの使用期間	令和02年10月30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	処方	備考
	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。	
	RP06 【般】ロキソプロフェンNa <sup>®</sup> 1% (25g/本) (全量) 2本 (ぬり薬) 1日2回 首, 肩, 塗布	
	RP07 【般】ジフルカトン・リド <sup>®</sup> カイン配合軟膏 (2g/本) ① (痔用軟膏) 1日2回 7日分 肛門内, 朝と睡前 肛門塗布	1回1本 (1日2本)
	RP08 【般】ジフルカトン・リド <sup>®</sup> カイン配合軟膏 (2g/本) ① (痔用軟膏) 5回分, 痛い時 肛門塗布	1回 1本
	RP09 (粉) 【般】 【腎】 エナラプリルマレイン酸塩錠 2.5mg 分3 (朝, 昼, 夕) 食後 7日分	1回0.33錠 (1日0.99錠)
	RP10 (粉) 【般】 【腎】 エナラプリルマレイン酸塩錠 2.5mg 分3 (朝, 昼, 夕) 食後 7日分 ※次ページに続きます。	1回0.333錠 (1日1錠)

保険医署名	「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。	6歳	身長	160cm
			体重	60001.1g
			体表面積	1.622m <sup>2</sup>
備考	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「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			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号			

### 処方せん取り扱い上の注意

患者氏名 患者73000079

- 「処方せん」の有効期限は **令和02年10月30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)一以上を混合せよ。(粉)一右記の薬品を粉砕化せよ。(包)一以上を1包装せよ。  
 (全)一交付全量を記載している薬品 ①一1回量もしくは1日量を記載している薬品  
 (濁)一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。)


### おくすり伝言板

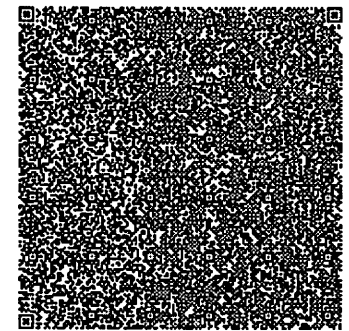
eGFR値(mL/min/1.73m<sup>2</sup>)は数値に(体表面積÷1.73)を掛けた値を用いて利用して下さい。

★処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第三内科 薬剤師2692

<input type="checkbox"/> フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)	
※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。	
薬局名	薬剤師名
	連絡先(Tel・Fax)

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
 同意あり  同意なし



(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											
公費負担医療の受給者番号											

保険者番号	0	6	1	3	3	9	4	6
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								

患者ID	73000079		
氏名	患者73000079		
生年月日	令和元年08月16日	性別	男
年齢	1歳 2カ月		
区分	被扶養者(保険種別:組合)(20%)		

保険医療機関の所在地及び名称	愛媛大学医学部附属病院 愛媛県東温市志津川						
電話番号	(089)964-5111						
保険医氏名	薬剤師2692	印					
都道府県番号	3	8	点数表番号	1			
医療機関コード	8	0	1	0	0	4	7

交付年月日	令和02年10月27日	処方せんの使用期間	令和02年10月30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	処方	備考
	個々の処方箋について、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。	
	RP11 フスコデ配合シロップ 1回3.333m l (1日10m l) 分3 (朝、昼、夕)食後 5日分 RP12 フスコデ配合シロップ 1回 3m l 頓服:3回分、咳のひどい時に 頓服 【全体に対する指示】 可能なものは全て1包化してください。 以下余白	

保険医署名	「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。	6歳	身長	160cm
			体重	60001.1g
			体表面積	1.622m <sup>2</sup>
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				
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											

(印)

## 処方せん取り扱い上の注意

患者氏名 患者73000079

- 「処方せん」の有効期限は **令和02年10月30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ことが出来ません。
- 「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へ 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②へ  
 \*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へ  
 \*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)一以上を混合せよ。(粉)一右記の薬品を粉碎化せよ。(包)一以上を1包化せよ。  
 (全)一交付全量を記載している薬品 ①一1回量もしくは1日量を記載している薬品  
 (濁)一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。)


## おくすり伝言板

eGFR値 (mL/min/1.73m<sup>2</sup>) は数値に(体表面積÷1.73)を掛けた値を用いて利用して下さい。

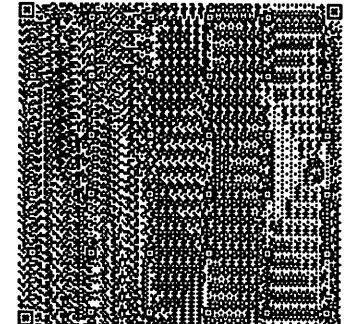
★ 処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第三内科 薬剤師2692

フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。  
 薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_ 連絡先(Tel・Fax) \_\_\_\_\_

### 保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
 同意あり  同意なし



シート貼付