

(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	5	2	3	8	8	0	1	4
公費負担医療の受給者番号	0	1	3	0	4	1	9	
保険者番号	0	1	3	8	0	0	1	3
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	3 2 4 2 0 9 4 7 ・ 3 (枝番) 01							

患者 者	患者ID	10000170		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											
	氏名	患者1017		電話番号	(089) 964-5111											
	生年月日	昭和11年02月27日		性別	男											
	年齢	88歳 6カ月		保険医氏名	医師A 印											
区分	被扶養者(保険種別:協会)(30%)			都道府県番号	3	8	点教表番号	1	医療機関コード	8	0	1	0	0	4	7

交付年月日	令和06年09月26日	処方せんの使用期間	令和06年09月29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(医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。
-------------	------	--

レ	RP01	【肝】トラクリア錠(62.5mg)	1回1錠(1日1錠)
		【選定療養】①適応相違	
		1日1回(朝)食後	1日分
レ	RP02	プログラフカプセル(0.5mg)	1回10P(1日20P)
		【選定療養】③ガイドライン推奨	
		プログラフカプセル1mg	1回10P(1日20P)
		1日2回(朝、夕)食後	1日分
レ	RP03	【腎】ガスターD錠<10mg>	1回1錠(1日2錠)
		【選定療養】②治療効果、安全性の観点	
		【般】【肝腎】ロキソプロフェンNa錠60mg	1回1錠(1日2錠)
		1日2回(朝、夕)食後	1日分
		※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。	医師A 印 高一	身長	170cm					
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」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)								
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								
麻薬施用者番号	患者住所								
調剤済年月日	公費負担者番号	5	2	3	8	8	0	1	5
保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号	0	1	3	0	4	2	0	
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1017

「処方せん」の有効期限は **令和06年09月29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)―以上を混合せよ。(粉)―右記の薬品を粉砕化せよ。(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

(濁)―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/1.73m²)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 越智 理香

□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



