変更後 例

院 外 処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

Page. 1/3

オーダ日時 2022.03.23 16:00
印刷日時 2022.03.25 14:14

処方箋No. 5003

公費負担者番号1	
公費負担医療の受給者番号1	
公費負担者番号2	
公費負担医療の受給者番号2	

保険者番号 0000
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 （枝番）
都道府県番号 20 点数表番号 1 医療機関コード 8010013

患者				保険科
患者ID	9999000610	診療科	遺伝子医療研究センター	遺伝子医療研究センター
氏名	テスト 061 テスト 061 様		保険医療機関の所在地及び名称	松本市旭3－1－1 国立大学法人 信州大学医学部附属病院
生年月日	昭和39年01月09日 58 歳 2ヶ月 女性		電話番号	0263-35-4600（代）
区分	被保険者	3 割負担		印
交付年月日	2022年03月23日	処方箋の使用期間		

変更不可 [個々の処方箋について、後発医薬品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。]

処

Rp. 薬品名 用量/単位

1) 【般】ｶﾛﾊﾟﾀｼﾞﾝ塩酸塩口腔内崩壊錠5mg（参考：ｱﾚﾛｯｸ） 2 錠
1回 1錠 （1日 2錠）
1日2回 朝食後と就寝前 30 日分

2) チラーヂンS錠５０ 1 錠
1回 1錠 （1日 1錠）
1日1回 朝食後 30 日分

剤形注意

リフィル可 □ （ 2 回）

備考

患者住所
旅用者番号

「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。
保険医氏名 印

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

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）

調剤済年月日 年 月 日 オーダNo. 31005307 第02版

保険薬局の所在地及び名称
保険薬剤師氏名 印

切り離さずに院外薬局へお持ちください

1．お願い：疑義照会後に処方内容が変更になった場合、先発医薬品や一般名処方等から新たに変更調剤した場合、及び調剤時の残薬確認やリフィル処方箋による調剤に伴う情報提供の際は、内容を当院薬剤部（FAX:0263-37-3034）までファックスしてください。
2．注 意：当院の処方箋は、２ヶ所にミシン線が入っています。ミシン線が無い場合はご連絡ください。
※ご不明な点は各診療科もしくは当院薬剤部（TEL:0263-37-3013）までご連絡下さい
※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して下さい

【薬剤部からの通知】
- 薬品名の左欄外に「回数日数表示」がある外用薬は用量が１回量または１日量で表示されます。
- 調剤時の残薬確認欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認してください。
- 湿布薬超過処方時または分割調剤指示があった場合、「湿布薬超過処方時の理由」、「分割調剤指示（分割日数，分割回数）」が、備考欄に印字されます。
- 「リフィル可」欄にチェックがある場合は、調剤実施回数欄に調剤回数に応じて必要事項を記載してください。

【検査情報】

検査項目（単位）	検査日	検査値	正常下限	正常上限
WBC (x10^3/μl)	----------	----------	3.30	8.60
CRP (mg/dl)	----------	----------	0.00	0.14
K (mmol/l)	----------	----------	3.6	4.8
HbA1c (%)	----------	----------	4.9	6.0

【身体情報】

身長	170.0 cm	体重	60.000 kg	体表面積	1.695 m²
測定日	2020/09/15	測定日	2020/09/15	※測定日をご確認下さい。	

一般名処方

「リフィル可」欄

調剤実施回数欄

リフィル不可の場合は、下図のように取り消し線が印字されます。

~~リフィル可 □ （ 回）~~