

(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 又は市町村番号	[Redacted]													
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	[Redacted]													
氏名	[Redacted]													
区分	被保険者	被扶養者	0	割	都道府県番号	1	4	医療機関コード	2	1	0	4	6	9
交付年月日	平成26年12月26日		処方せんの使用期間 平成26年12月29日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。											
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）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」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	コニール錠[2mg] 1錠												
		オルメテック錠[40mg] 1錠												
		アーチスト錠[10mg] 1錠												
		ランソプラゾールOD錠[30mg] 1錠												
		バイアスピリン錠[100mg] 1錠												
		フェブrik錠[10mg] 1錠												
		ロカルトロールカプセル[0.5μg] 1C P												
		分1 朝食後												
		薬局へ：錠剤一包化[処方薬すべて] 35日分												
	02	アドナ錠[30mg] 2錠												
		分2 朝夕食後 35日分												
	03	アトルバスタチン錠[10mg] 1錠												
		分1 夕食後 35日分												
		— — — 次頁あり — — —												
備考	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名 (印)													
調剤済年月日	平成 年 月 日		公費負担者番号											
保険薬局の所在地名 称	公費負担医療の受給者番号													
保険薬剤師氏名	(印)													

切り離し可

院外処方せんに関する注意事項

- 院外処方せんには有効期限があります。
交付年月日を含めて4日間以内です。（特に記載のある場合を除く）
早めに、保険調剤薬局へご提出ください。
- 下記検査項目等は、保険調剤薬局の方に、薬の内容確認、服薬指導に活用して頂くものです。
この検査項目の提供を望まない方は、切り離してからお渡し下さい。

保険調剤薬局への連絡事項

- 臨床検査値情報（直近3カ月の検査値より）

検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
CRE	3.50	mg/dl	2014/12/15
eGFR	15.6		2014/12/15
Na	137	mEq/l	2014/12/15
K	3.1	mEq/l	2014/12/15
Ca	8.8	mg/dl	2014/12/15
IP	2.5	mg/dl	2014/12/15
UA	1.4	mg/dl	2014/12/15
T-Cho	108	mg/dl	2014/12/01
TG	73	mg/dl	2014/12/01
LDL-C	59	mg/dl	2014/12/01
AST	11	IU/l	2014/12/01
ALT	12	IU/l	2014/12/01
T-BIL	0.2	mg/dl	2014/12/01
γ GTP	42	IU/l	2014/12/01
PT-INR	1.12		2014/12/15
CRP	0.462	mg/dl	2014/12/15
CPK	54	IU/l	2014/12/01
HbA1c	10.4	%	2014/12/01
PLT	19.9	10 ⁴ /μl	2014/12/15

- 問い合わせ先（処方内容→薬剤部、保険に関して→医事課）
TEL: 0467-46-8011（薬剤部） 又は 0467-46-1717(代表)
- 後発医薬品変更等の処方変更のご連絡はFAXにてお願いします。
FAX: 0467-46-8011