処　　方　　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

ID= 9999990257

50028402- 01

公費負担者番号		保険者番号	9 6 0 0 0 0 0 0
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	氏　名	[redacted]	
	生年月日	昭和47年02月20日 52歳	男性
	区　分	10割	
交付年月日		令和6年05月23日	

保険医療機関の所在地及び名称　大阪市阿倍野区旭町1-5-7
大阪公立大学医学部附属病院

電話番号　(06)6645-2121　(代表)

診療科名　循環器内科

保険医氏名　[redacted]　印

都道府県番号	27	点数表番号	1	医療機関コード	2306360

処方箋の使用期間	令和6年05月26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

処方

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。］

1)　アーテン錠２ｍｇ　3錠
　１回 1錠　（１日　3錠）
　・・・分３　毎食後　7日分
　・・・2024/05/23(木)

2)　ＭＳ温シップ「タイホウ」　５枚／袋（２００ｇ）　20袋
　１日 1枚使用
　・・・１日１回　１回　1枚　患部に貼付
　・・・2024/05/23(木)

以下余白

~~リフィル可　□　（　　回）~~

備考

課税

麻薬施用者番号

患者住所：

貼付剤超過投与理由：超過投与です。

［「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。］

保険医署名　　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		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	印	公費負担者医療の受給者番号	

★患者さんへ

○「処方箋」の有効期限は、交付年月日を含め4日間(土日祝日含む)です。
　記載の使用期限を過ぎた場合、保険薬局ではお薬を受け取ることができません。

○下記の臨床検査情報は、保険薬局での処方監査・服薬説明の際に、
　お薬の適正使用、副作用の早期発見・防止などにご活用いただくものです。

○この検査値の提出を希望されない場合は、用紙中央の点線部分で切り離し、
　左側の「処方箋」のみ、保険薬局にお渡しください。

◆保険薬局の皆さんへ

○下記の臨床検査値は、交付年月日から90日以内の最新値です。
　（交付年月日から90日以内に測定結果がない項目は空欄になります）

○処方監査（肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見・防止など）
　及び服薬説明の際にご活用ください。

○当院は、大阪病診薬連携アライアンスの加盟施設です。大阪病診薬連携アライアンス加盟の保険薬局であれば、会則細則で定める疑義照会簡素化プロトコルが適用されます。

検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST
検査日	----------	----------	----------	----------	----------
検査値	----------	----------	----------	----------	----------
単位	*100/μL	g/dL	*万/μL		U/L

検査項目	ALT	T-bil	血清Cr	eGFR	CK
検査日	----------	----------	----------	----------	----------
検査値	----------	----------	----------	----------	----------
単位	U/L	mg/dL	mg/dL	mL/分/1.73m	U/L

検査項目	CRP	K+	HbA1c
検査日	----------	----------	----------
検査値	----------	----------	----------
単位	mg/dL	mEq/L	%

○個人情報となりますので取り扱いには十分注意し、
　目的外での使用はしないでください。

[redacted]　[redacted]