

公費負担者番号								保 険 者 番 号								
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															
	生年月日															
	区 分															
保険医療機関の 所在地及び名称								京都市上京区釜座通丸太町上ル春帯町355番地の 京都第二赤十字病院								
電 話 番 号								0 7 5 - 2 3 1 - 5 1 7 1								
保 険 医 氏 名								印								
都道府県 番 号						点数表 番 号				医療機関 コ ー ド						
交 付 年 月 日								処 方 箋 の 使 用 期 限		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。						
更 改 可 不 可	〔 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「✓」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕															
	手書無効															
備 考	合意したプロトコルに基づいた調剤可															
	保険医署名〔「変更不可」欄に「✓」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。〕															
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 済 年 月 日		年		月		日										
保険薬局の所在 地 及 び 名 称								公費負担者番号								
保険薬剤師氏名								公費負担医療の 受 給 者 番 号								

《患者さんへ》処方せんには『使用期限』があります。ご注意ください。下記は、お薬を安全にご使用して頂くために参考となる検査結果(交付日から4ヶ月以内の最新2回分)を表示しています。

処方箋番号			交付年月日 年 月 日		
項目/基準値	測定値	採取日	項目/基準値	測定値	採取日
WBC 33-86 10 ² /μL			SCr 0.65-1.07 mg/dL		
Neu 38.5-80.5 %			eGFR mL/分/1.73		
Hb 13.7-16.8 g/dL			UA 3.7-7.8 mg/dL		
PLT 15.8-34.8 10 ⁴ /μL			HbA1c 4.9-6.0 %		
PT-INR			CRP 0.14以下 mg/dL		
Alb 4.1-5.1 g/dL			CPK 59-248 U/L		
AST 13-30 U/L			Na 138-145 mmol/L		
ALT 10-42 U/L			K 3.6-4.8 mmol/L		
Tbil 0.4-1.5 mg/dL			Ca 8.8-10.1 mg/dL		

病院から保険薬局への連絡欄

--

保険薬局から病院への連絡欄

--

《保険薬局へ》処方に関する疑義は、直接処方医(075-231-5171(代))へご確認願います。

なお、検査値に関する問い合わせは 薬剤部でも受付けます。

(直通 TEL:075-212-6940 FAX:075-212-6113)

京都第二赤十字病院