処　方　せ　ん

（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		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の5
京都第二赤十字病院
電話番号　075－231－5171
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		処方せんの使用期限	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。

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「✓」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

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。〕

※の付してある医薬品は変更不可

調剤済年月日	平成　年　月　日		
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担者番号	
		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。

処方せん番号　　交付年月日 2015年12月1日

項目/基準値	測定値	測定日
WBC 32-92×10^2／μL		
Neu 33-77%		
Hb 男13.6-17.7、女11.3-15.3g/dL		
PLT 13.9-36.3×10^4/μL		
PT-INR		
Alb 3.8-5.1g/dL		
AST 10-35U/L		
ALT 5-40U/L		
Tbil 0.2-1.0mg/dL		

項目/基準値	測定値	測定日
SCr 0.4-1.2mg/dL		
eGFR mL/min/1.73m2		
UA 2.0-7.0mg/dL		
HbA1c 4.6-6.2%		
CRP 0-0.40mg/dL		
CPK 11-154mg/dL		
Na 138-148mEq/L		
K 3.5-4.8mEq/L		
Ca 8.0-10.0mg/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、直接診療科(075-231-5171(代))へご確認願います。
なお、検査値に関する問合わせは、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**