

院外処方箋

市町村番号・公費負担者番号
老人医療・公費負担医療の受給者番号
保険者番号
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

ID 9900000010 内科
氏名 テスト 患者010 殿 女
昭和15年12月31日生 (84歳0ヶ月)
都道府県番号 44 点数表番号 1 医療機関コード 0312153

保険医療機関の 大分県中津市大字下池永173番地
所在地及び名称 中津市立中津市民病院
電話番号 0979-22-2480
保険医氏名 ★確認用 医師101

発行日 2025年01月22日
処方箋の使用期限 年 月 日

Table with 2 columns: 処方箋の項目 (01) ジアゼパム錠 10mg, (02) 7x2' リン「ヨダ」(10g) and 処方箋の使用期限 (1回1錠, 4日分)

変更不可欄
「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

調剤実施回数
調剤回数に応じて、「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。

麻薬施用者免許証
調剤済年月日 令和 年 月 日
公費負担者番号
公費負担医療の受給者番号

※特に記載のある場合は除き、交付日を含めて4日以内(日)に保険薬局へ提出してください



院外処方箋に関する注意事項

当院では、地域の保険薬局と連携し、患者さんに安全で安心な医療を提供するために検査値結果等の情報を処方箋に印字しています。

【患者さんへ】

下記の表には、ご自身の血液検査結果の一部が表示されています。
(3ヶ月間検査が無い場合には空欄となります)
この検査値は、保険薬局で調剤時、処方薬の適正使用(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など)、服薬説明に活用していただくものです。

【保険薬局の方へ】

検査値等を確認し、調剤・服薬指導の際にご活用ください。
なお、疑義照会や事前同意プロトコルにて修正等を行った内容は、当院に返信をお願いします。
副作用の情報などは、トレーシングレポートにて報告をお願いします。
また、患者さんが希望した場合には、右側の検査値等の欄を切り離してお渡しく下さい。

Table with 4 columns: 項目, 結果値, 検査日, 基準値. Includes a section for 検査値結果等 (過去3か月以内の直近の検査値).

<計画治療>

Table with 4 columns: 回数, 薬剤名 (CapeOX+Bevacizumab, S-G23, WAb-PTX+ramucirumab), 調剤日, 次回調剤予定日.