

処方せん 0090000005
 (この処方せんはどの薬局でも有効です。) 1/1

公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									

保険者番号						0	0	0	0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									

氏名 テスト 1 様
 テスト 1
 昭和62年09月26日 34才 男性

保険医療機関の所在地及び名称 札幌市中央区北11条西13丁目1番1号
市立札幌病院
 電話番号 011-726-2211
 消化器内科
 保険医氏名 札幌 太郎

区分 被保険者 負担割合 3割

都道府県番号	01	点数表番号	1	医療機関コード	0116381
--------	----	-------	---	---------	---------

交付年月日 令和3年10月14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)

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。)
 ※ () 内: 製剤量

1) センノシド錠12mg「サワイ」 1錠 30日分
 ・ ・ ・ 1日1回 夕食後
 開始日: 2021/10/14(木)
 以下余白

備考 保険医署名 「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。
 患者住所 麻薬施用者番号

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									
公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師名									

・院外処方せんの有効期間は、交付日を含め4日間(土曜・日曜・祝日を含む)です。
 ・お薬いただけるだけご自宅や職場に近いかかりつけ薬局(保険薬局)でお受け取りください。
 ・保険調剤薬局様へ、問い合わせは薬剤部へFAXをお願いします。

2021/10/14
 0090000005

この処方せんを受け取られた患者様へ

- ・処方せんには有効期限があります。ご注意ください。
- ・本紙は、処方されたお薬やその量が患者様にとって適正かどうかなどを保険調剤薬局が判断するための重要な情報です。切り離さずにこのまま保険調剤薬局へお渡しください。

保険調剤薬局様へ

- ・後発医薬品に変更した場合、疑義照会する場合はFAXをお願いします。(緊急の場合は照会後にFAXを。)詳細は当院ホームページをご覧ください。
【市立札幌病院 薬剤部】 011-726-2211 内線 2324 FAX 011-726-7919

検査値 (直近3ヶ月の最新検査値)

項目	結果	単位	検査日	基準値
Bil-T	1.0	mg/dL	2021/09/30	0.4 ~ 1.5
WBC	100.0	×1000/μL	2021/09/30	3.3 ~ 8.6
Gran(Seg)	-----	%	-----	38.0 ~ 74.0
Hgb	102.0	g/dL	2021/09/30	男13.7~16.8/女11.6~14.8
PLT	108.0	×1000/μL	2021/09/30	158 ~ 348
AST	5	U/L	2021/09/30	13 ~ 30
ALT	6	U/L	2021/09/30	男 10 ~ 42 / 女 7 ~ 23
γ-GT	4以下	U/L	2021/09/30	男 13 ~ 64 / 女 9 ~ 32
UN	-	mg/dL	2021/10/04	8.0 ~ 20.0
Cr	-	mg/dL	2021/10/04	男0.65~1.07/女0.46~0.79
CRP定量	-----	mg/dL	-----	0 ~ 0.14
CK	-----	U/L	-----	男 59~248 / 女 41~153
PT-INR	-----	INR	-----	0.85 ~ 1.15
HbA1c(NGSP)	-----	%	-----	4.6 ~ 6.0
K	13.0	mEq/L	2021/09/30	3.6 ~ 4.8
eGFR	-	mL/min/1.73m ²	2021/10/04	≥60
ALB	9.0	g/dL	2021/09/30	4.1 ~ 5.1

身体情報 (測定されていない場合、値は印字されません。)

身長 160.5 cm (2021/10/04)
 体重 38.0 kg (2021/10/04)
 体表面積 1.338 m²