院外処方箋

市町村番号・公費負担者番	
老人医療・公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	自費
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	あいうえお １２３４５

保険医療機関の所在地及び名称
北海道札幌市中央区北１１条西１３丁目１番１号
市 立 札 幌 病 院
電 話 番 号 011-726-2211
保 険 医 氏 名 ●代行入力 医師０１ 印

患者			
ID	0088000010	呼吸器内科	
氏名	テスト カンジャガイライジ テスト 患者外来自 様	男	
	昭和50年01月01日生	(50歳1ヶ月)	
社保		国保	被保険者
負担割	10 割		

都道府県番号	01	点数表番号	1	医療機関コード	0116381

発行日	2025年02月14日	処方箋の使用期限	年 月 日

処方

変更不可(医療上必要) 患者希望

[個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。]

01) ロキソプロフェンＮａパップ１００mg（１ ２袋
０×１４cm非温）[7枚/袋]
1日1回 1回1枚
＊＊ 以下余白 ＊＊

リフィル可 □ （ 回）

備考

「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。

保険医署名

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）

麻薬施用者免許証	第 号	患者住所	
調剤済年月日	令和 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	公費負担医療の受給者番号	

出力日 2025/02/14 12:33

※特に記載のある場合を除き交付日を含めて４日以内に保険薬局へ提出してください

この処方箋はどこの保険薬局でも有効です

キリトリ

この処方せんを受け取られた患者様へ

- 処方箋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

- 疑義照会等を行う場合やトレーシングレポートはFAXでお願いします。
- 後発医薬品等に変更した場合はお薬手帳を用いてお知らせください。
  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

＜検体検査結果＞ （直近3か月の検査のみ）

項目	結果値	検査日	基準値

＜身長・体重など＞

身長	cm	身長測定日	
体重	kg	体重測定日	
体表面積	㎡	体表面積計算式	
BMI			

＜計画治療＞

1		～	
2		～	
3		～	
4		～	
5		～	
6		～	
7		～	
8		～	
9		～	
10		～	