院　外　処　方　箋

小児科

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号又は市町村番号	1 2 4 5 4 4 4 4	保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

氏名	テスト ヨシダ　99990617-3 テスト　よし田　様　(男)女 昭和25年　6月　6日生　68歳10ヶ月	保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名	鹿児島県鹿児島市城山町8番1号 独立行政法人　国立病院機構 鹿児島医療センター 099-223-1151 テスト　9999　㊞
区分	被保険者　~~被扶養者~~　0割	都道府県番号 46　点数表番号 1　医療機関コード 8010039	
交付年月日	平成31年　4月 11日	処方箋の使用期間	平成 31 年　4　月　14 日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め**4日以内**に保険薬局に提出してください。

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「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕

処方

01 [般]セフカペンピボキシル錠100mg(先発ﾌﾛﾓｯｸｽ)(CFPN-PI)　1回　1錠（1日 3錠）
1日3回朝昼夕食後　7日分

02 [般]ツロブテロールテープ0.5mg(先発ﾎｸﾅﾘﾝ)　7枚
貼付・1日3回程度

03 [般]ロキソプロフェンＮａ錠　60mg(先発ﾛｷｿﾆﾝ)　1回　1錠
疼痛時　10回分

04 [般]レバミピド錠100mg(先発ﾑｺｽﾀ)　（1日 4錠）
朝:1錠、昼:2錠、夕:1錠
1日3回朝昼夕食後　7日分

05 [般]ファモチジンＯＤ錠10mg(先発ｶﾞｽﾀｰ)　1回　2錠（1日 4錠）
1日2回朝夕食後　7日分

06 (先)フロモックス錠75mg　1回　2錠（1日 4錠）
1日2回朝食後と就寝前　7日分

－ － － 以下余白 － － －

備考

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「✓」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

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。
保険医署名　㊞
患者住所　TEL.9999-06-1799
大阪府大阪市○×○×町１丁目２番地３号
麻薬施用者免許番号

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

（再発行）11時53分49秒

<<患者さまへ>>

＊ この処方箋は「院外処方箋」です。有効期限は交付日を含めて４日以内です。
記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
保険薬局への検査等の提供に差し支えのある方は右半分を切り離して使用してください。

＊ 以下の検査情報は、保険薬局でお薬の種類や容量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。

<<保険調剤薬剤師の方へ>>

※処方内容についての疑義は、処方医へお願いします。

検査結果

※90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC				
Neut				
HGB				
PLT				
AST				
ALT				
CRE				
Ccr				
eGFR				
T-Bil				
Na				
K				
IP				
Ca				
Ｍｇ				
CRP				
ＨｂＡ1ｃ(NGS)				
PT-INR				
ALB				
CK				

身体情報
身長：178cm（測定日：2019/04/11）
体重：72kg（測定日：2019/04/11）
体表面積：1.89㎡