

カルテ番号 00003800

処方せん 1/1

氏名 薬剤部 テスト01 様

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

生年月日 昭和07年08月01日 性別 男 発行日 平成27年08月07日

科名 リウマチ血液感染内科

都道府県 コード	14	点数表 番号	1	医療機関 コード	0803304
-------------	----	-----------	---	-------------	---------

保険者番号	12140034	負担割合	0%	平成 年 月 日
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号	1234567	処方せんの 使用期間	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	
区分	被保険者	公立大学法人	横浜市立大学附属病院	
公費負担者番号		〒236-0004	横浜市金沢区福浦3丁目9番地	
公費負担医療の受給者番号		電話	病院代表 (各科外来へ) 045-787-2800	
公費負担者番号			薬剤部医薬品情報管理室 FAX 787-2867	
公費負担医療の受給者番号				

保険医氏名 情報医師 印

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 ]

01 般) ロキソプロフェンNa錠 (60mg)

1回 1錠 (1日 3錠)

1日3回 朝・昼・夕食後 7日分

.....以下余白.....

備考	調剤済 年月日	平成 年 月 日	変更不可欄に「×」を記載した 場合は署名又は記名・捺印する 保険医氏名 保険薬局の所 在及び名称 保険薬剤師 印	記号の意味 粉：粉砕 分：分割 別：別包 !：過量
----	------------	----------	--	---------------------------------------

注)透かしの入っていないものは無効です。ピンクのシンボルマークは指で触れるか息を吹きかけると退色します。

### 院外処方せんに関する注意事項

院外処方せんには使用期限があります。  
 処方せん左側「発行日」当日を含めて4日間です。  
 早めに、最寄りの保険薬局へご提出ください。

後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更をご希望の場合は各保険薬局にてご相談ください。

下記検査項目等は、保険薬局の方に、薬の内容確認、服薬指導に活用していただくものです。

### 保険薬局への連絡事項

下記検査項目は、処方監査、服薬指導の際、ご活用ください  
検査値 (直近3ヵ月の検査から)

2015.8.7

項目	結果	検査日
WBC		
Neu		
Hb		
Plt		
AST		
ALT		
γGTP		

項目	結果	検査日
BUN		
s-Cr		
CRP		
CK		
PT-INR		
HbA1c		
T.BIL		

00003800