

患者番号: 00000117 科名 消化器病センター

公費負担者番号	27	保険者番号	283069
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

フリガナ	ワタリ ヌシキ	年齢	119歳7ヶ月
氏名	風民 辻也テスト	保険医氏名	テスト 医師 印
生年月日	明治25年09月22日 (男)	麻薬施用者番号	
区分	①.被保険者 ②.被扶養者	都道府県コード	14
交付年月日	平成24年04月13日	点検種別番号	1
		検査機関コード	0504449

処方箋の使用期間 平成 年 月 日

01 ゼローダ錠(300)[C法] 12錠 14日分
 1日2回 朝・夕食後 大腸・CapeOX療法

以下余白

患者住所: 日本国外(園名: 鹿児島王国)	後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更不可の場合は、以下に署名	調剤済年月日
保険薬局の所在地及び名称	保険医署名	
保険薬剤師氏名	公費負担者番号	
	公費負担医療の受給者番号	

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「交付年月日」を含めて4日間です。早めに、最寄の保険調剤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調剤薬局にてご相談ください。
 (医師の指示により変更ができない場合もありますのでご了承ください)

下記の情報は保険調剤薬局でより安全にあなたのお薬を管理していくために有用な情報です。知られたくない場合には、右半分を切り離し、左半分のみをご提出いただいても構いません。

保険調剤薬局への連絡事項

下記項目は、処方鑑査、服薬指導の際、ご活用ください。服薬指導終了時に、切り離し、お渡しいただいても構いません。

検査値(直近3カ月の検査から)

項目	結果	検査日
WBC	L 1200 /μL	4/1
Neu	74 %	4/1
Hb	13.1 g/dL	4/1
Plt	35 10 ⁴ /μL	4/1
CK	50 U/L	4/1
AST	15 U/L	4/1
ALT	10 U/L	4/1

項目	結果	検査日
T-Bil	0.5 mg/dL	4/1
Alb	L 3.2 g/dL	4/1
Cr	0.55 mg/dL	4/1
K	4.0 mEq/L	4/1
CRP	0.25 mg/dL	4/1
HbA1c	5.4%(NGSP)	4/1
PT(INR)	0.90 INR	3/23

身体情報

身長 170.0 cm (2015/04/01) 体表面積 1.69 m²
 体重 60.0 kg (2015/04/01)

当院採用薬やがん化学療法に関する情報は、当院薬剤部HPをご参照ください
 →<http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~urayaku/index.html>

