

5698

## 院外処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。ただし、透かし無きものは無効です。)

患者番号：00000117

( 1 頁 / 1 )  
出力日時：2012/04/12 21:04

科名 消化器病センター

公費負担者番号	2	7					
公費負担医療の受給者番号							

保険者番号		2	8	3	0	6	9
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							

フリガナ	ナガノ ツバキ	年令	公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター 〒232-0024
患者	氏名	成田 伸也テスト	横浜市南区鶴舟町4丁目57番地 電話 (045) 261-5656 (代)
	生年月日	明治25年09月22日 (男)	被保険者氏名 テスト 医師 印
	区分	①.被保険者 ②.被扶養者	麻薬使用登録番号
処方	交付年月日	平成24年04月13日	被保険者登録番号 コード 14 点数表 1 コード 0504449 コード 量表 年月日
			備考欄に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。

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

12錠

14日分

以下余白

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

切り取り可

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、お渡しいただいて構いません。

## 検査値（直近3ヵ月の検査から）

項目	結果	検査日
WBC	L 1200 / $\mu$ L	4/1
Neu	74 %	4/1
Hb	13.1 g/dL	4/1
Plt	35 10^4/ $\mu$ L	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 m<sup>2</sup>  
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>

00000117