

(診療科名)

処方せん(院外) ㊦㊧ NO

(この処方せんはどの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	保険者番号
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
患者ID カナ ｶﾝｼﾞ 氏名 患者 区分 被保険者	生年月日 昭和 年齢 男 性別 男
保険医療機関の所在地及び名称 自治医科大学附属さいたま医療センター 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1丁目847番地 病200以上 電話番号 048-647-2111(代表) 保険医氏名 印	

都道府県番号 1 1 点数表番号 1 医療機関コード 0 3 0 4 0 4 8

交付年月日	令和05年	処方せんの使用期間	令和05年
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			

変更不可 欄々の処方箋について、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「✓」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。

処方	RP01	【般】7ｽﾍﾞﾝ ｼﾝ 隔 溶 錠 100mg 分1 (朝) 食後	1 錠 2 日分
	RP02	【般】ﾌﾞﾗﾞﾞﾗﾞﾞｰ 100mg 【般】ｱﾄﾞﾐﾝ ｽﾄﾗﾝ 錠 分1 (朝) 食後	1 錠 1 錠 2 日分
	RP03	【般】ｷﾞﾌﾞﾘﾝ ｸﾞﾗﾝ 錠 分2 (朝、夕) 食後 ※ 1 回 0.5 錠 服用	1 錠 2 日分

本人	「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。
----	---

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)

保険薬局が調剤時に処方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 保険薬局氏名	公費負担医療の受給者番号

● 患者さんへ
この紙は切り取らずに保険薬局へお出しください

この「処方せん」の有効期限は **令和05年 月 日** までです。

※ 有効期限を過ぎた場合、お薬を受け取ることが出来ませんのでご注意ください
 ※ 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、お薬の受け取りにはこの処方せんが必要です
 ※ 「処方せん」の再発行は出来ませんのでご注意ください

● 保険薬局の方へ

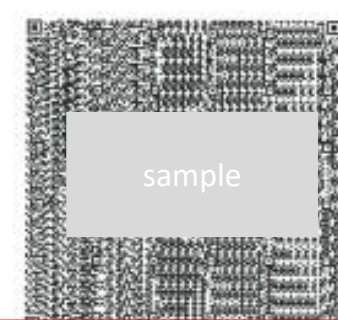
処方せんの指示について
 一包化：一包化の指示がある処方せんはすべてのRpが一包化の対象となります
 懸濁：簡易懸濁法による服薬指示です
 【院内払出済み】：当センター薬剤部より、渡し済みです

インスリンの調剤について
 「1日総単位数×日数」の場合と「本数指示」の二種類があります。
 ①1日総単位数×日数：1日総単位数(空うち分を含む)に、日数を乗算して必要本数を調剤してください
 ②本数指示：投与日数は便宜上1日分と記載されます。記載本数を調剤してください

在宅自己注射について
 【院内払出済み】と記載されたもののほか、注射針、消毒綿、血糖測定器・穿刺器、針捨てボックスは渡し済みです



処方内容
GRコード



検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

ｸﾞﾙｺｰｽ	eGFR(M)	eGFR(F)	Na	K	Mg	補正Ca	AST	ALT	CK	WBC	Hb	PT-INR	HbA1c
4/20	4/20		4/20	4/20	4/14	4/14	4/20	4/20	4/20	4/20	4/20	4/20	4/20
0.83	74.2		138	4.3	1.6	9.4	20	29	151	8.94	14.7	0.96	7.5

eGFRを投与量計算に用いるには、数値 (ml/min/1.73m²) に (体表面積÷1.73) を掛けた値を利用して下さい。

処方せんの問い合わせ
 E-MAIL:toiawase@omiya-jichi.ac.jp FAX:048-648-4833
 薬剤部直通(疑義照会専用)048-782-5625 医事課直通(保険関係)048-648-5271
 オンコロジーセンター調剤室(化学療法関係)048-782-6896