

処方せん番号 お薬を安全に服用いただくために必要な検査値の一覧です。

00001

処方せん

(検査値情報[薬局用])

※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	99-9039-5 テスト 09990395 テスト 09990395		保険医療機関の所在地及び名称 千葉市中央区亥鼻1丁目8番1号 千葉大学医学部附属病院	
	昭和42年 3月23日生 男・女		電話番号 043-222-7171 診療科名	
交付年月日	平成 28年 4月15日	管理番号	保険医氏名 <span style="float:right">=印</span>	
区分		処方せんの使用期間	平成 年 月 日	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 (個々の処方箋について、保険医署名(シスタチンC)の医療機関への変更は差支えがあると判断した場合に「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。)

★保険薬局にお持ち下さい★

●検査値情報 (直近100日の最新の値を表示。括弧内の日付は測定日)

eGFR	37.7 ( 4/01)	WBC	5.2 ( 4/01)
CRE	1.61 H( 4/01)	SEG	*** ( )
シスタチンC	*** ( )	ST	*** ( )
AST(GOT)	45 H( 4/01)	HGB	9.5 L( 4/01)
ALT(GPT)	35 ( 4/01)	PLT	125 L( 4/01)
ALP	1390 H( 4/01)	CK	*** ( )
T-BIL	1.5 H( 4/01)	TSH	*** ( )
K	5.2 H( 4/01)	HbA1c	6.7 H( 4/01)

●特に注意が必要な薬剤と検査値情報の組合せ(薬剤名は半角20文字分を印字)

<サムスカ錠 7.5mg>	腎機能 [eGFR, CRE, シスタチンC]
	Na 137 ( 4/01)
<スピロノラクトン錠 25mg>	肝機能 [AST, ALT, ALP, T-BIL]
	K 5.2 H( 4/01)

(直近100日に測定値がない場合は\*\*\*で表示)

備	保険医署名 (「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。)	<保険薬局の方へ> 特に注意が必要な検査値を表示しています。 ご不明な点がございましたら当院薬剤部ホームページをご参照頂くか、お問合せ下さい。
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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日		公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号	

処方せん番号 お薬を安全に服用いただくために必要な検査値の一覧です。

00001

処方せん

(検査値情報[薬局用])

(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	99-9039-5 テスト 09990395 テスト 09990395 昭和23年 3月23日生 男・女	保険医療機関の所在地及び名称	千葉市中央区亥鼻1丁目8番1号 千葉大学医学部附属病院
交付年月日	平成 28年 4月15日	電話番号	043-222-7171
区分	管理番号	診療科名	
		保険医氏名	
		都道府県番号	1 2 点数表番号
		医療機関コード	9 2 1 0 0 1 4
	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4月以内に保険薬局に提出すること。

変更不可 (個々の処方箋について、処方医署名(シムロック医薬品)への変更は、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・捺印すること。

★保険薬局にお持ち下さい★

●検査値情報 (直近100日の最新の値を表示。括弧内の日付は測定日)

eGFR	97.7 ( 4/01)	WBC	5.2 ( 4/01)
CRE	0.45 L( 4/01)	SEG	59.5 ( 4/01)
シタチンC	1.61 H( 4/01)	ST.	*** ( )
AST(GOT)	45 H( 4/01)	HGB	9.5 L( 4/01)
ALT(GPT)	35 ( 4/01)	PLT	125 L( 4/01)
ALP	1390 H( 4/01)	CK	122 ( 4/01)
T-BIL	1.5 H( 4/01)	TSH	2.645 ( 4/01)
K	5.2 H( 4/01)	HbA1c	6.7 H( 4/01)

●特に注意が必要な薬剤と検査値情報の組合せ(薬剤名は半角20文字分を印字)

<アロプリノール錠 100mg ｻ>	腎機能 [eGFR, CRE, シタチンC]
<サムスカ錠 7.5mg>	腎機能 [eGFR, CRE, シタチンC]
	Na 137 ( 4/01)
<スピロラクトン錠 25mg ｻ>	肝機能 [AST, ALT, ALP, T-BIL]
	K 5.2 H( 4/01)

(直近100日に測定値がない場合は\*\*\*で表示)

備	保険医署名 (「変更不可」欄に「○」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・捺印すること。)	<保険薬局の方へ> 特に注意が必要な検査値を表示しています。 ご不明な点がございましたら当院薬剤部ホームページをご参照頂くか、お問合せ下さい。
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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	
調剤済年月日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号	

処方箋番号  
00001

お薬を安全に服用いただくために必要な検査値の一覧です。

処方せん (検査値情報 [薬局用])  
(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	99-9001-8 イハ 仔吋 亥鼻 一郎 昭和 年 月 日 男・女	保険医療機関の所在地及び名称 千葉市中央区亥鼻1丁目8番1号 千葉大学医学部附属病院 電話番号 診療科名 保険医氏名	
	交付年月日 平成 年 月 日	管理番号	都道府県番号 点数表番号 医療機関コード
区分		処方せんの使用期間 平成 年 月 日	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

★保険薬局にお持ちください★

●検査値情報 (直近100日の最新の値を表示。括弧内の日付は測定日)

処方	eGFR	28.8	(10/06)	WBC	4.1	(10/06)
	CRE	1.12 H	(10/06)	SEG	46.6	(10/06)
	シタチンC	1.84 H	(10/06)	ST	4.5	(10/06)
	AST(GOT)	25	(10/06)	HGB	11.0 L	(10/06)
	ALT(GPT)	27	(10/06)	PLT	38 L	(10/06)
	ALP	230	(10/06)	CK	62	(10/06)
	T-BIL	0.9	(10/06)	TSH	***	( )
	K	2.1 L	(10/06)	HbA1c	4.5	(10/06)

●特に注意が必要な薬剤と検査値情報の組合せ (薬剤名は半角20文字分を印字)

方	<ティーエスワン配合0D錠T20>	腎機能(eGFR,CRE,シタチンC) 肝機能(GOT,GPT,ALP,T-BIL) 骨髄抑制(WBC,SEG,ST,HGB,PLT)
	<フロセミド錠20mg>	Na 125 L (10/06) K 2.1 L (10/06)

<<以下余白>>

備考

<保険薬局の方へ>  
特に注意が必要な検査値を表示しています。  
ご不明な点がございましたら当院薬剤部ホームページをご参照いただくか、お問合せください。

(直近100日に測定値がない場合は\*\*\*で表示)

「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。

保険医署名



調剤済年月日	公費負担者番号
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号