

処方せん (院外)

(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					

診療番号 00000151
 カナ テスト151
 氏名 テスト151 殿
 生年月日: 昭和09年02月25日 年齢: 80歳 7カ月 性別: 女
 区分 被保険者(保険種別:)

保険医療機関の
所在地及び名称 京都市左京区聖護院川原町54
京都大学医学部附属病院
 電話番号 (075)751-3111(代表)
(075)751-3580(薬剤部)
(075)751-3052(医務課)
 診療科 薬剤部
外来棟/B1F/薬剤部
 保険医氏名 尾崎 淳子 印

都道府県 番号	2	6	点数表 番号	1	医療機関 コード	9	9	0	0	0	4	2
------------	---	---	-----------	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

交付年月日 平成26年10月21日 処方せんの
使用期間 平成26年10月24日 まで

処方	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)への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」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。) RP01 レキップCR錠8mg 【運転等制限】 1錠 分1 (朝)食後 10月21日から【14日分】 RP02 ブイフェンド錠50mg 【運転等制限】 6錠 分2 (朝～昼、夕～眠前)食間 10月21日から【14日分】 【自動車運転等に制限がある薬剤が処方されている場合には、患者さんへの服薬指導をお願いします】 --- 1頁目 全1頁 以下余白 ---
	備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 調剤済年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号 保険薬局の所在地及び名称 公費負担医療の 保険薬剤師氏名 印 受給者番号

調剤済年月日	平成 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							

検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K+	HbA1c
検査日													
結果値													

<患者さんへ>
 この処方せんは、外来会計窓口へお出し下さい。受付担当者印の無いものは、処方せんとして無効です。
 <保険薬局の方へ>
 処方内容については、各診療科にお尋ね下さい。(電話番号は上記)
 照会後に変更となった処方せんは、当院薬剤部へFAXして下さい(075-751-3205)。

受付担当者印