

2022 年 11 月 吉日

一般社団法人富田林薬剤師会保険薬局
管理薬剤師 殿

社会福祉法人^{（株）}大阪府済生会富田林病院
富田林市向陽台 1-3-36
TEL:0721-29-1121（代表）
薬剤部 吉田 尚史

院外処方箋の様式変更のお知らせ

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃は当院の薬剤業務にご理解を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、散薬の単位の表記について問い合わせがありましたので、2022 年 11 月 30 日より院外処方箋の様式を変更いたします。

つきましては、備考欄に「mg は成分量」、「g は製剂量」との文言を追記いたしました。別紙の院外処方箋サンプルをご確認ください。どうぞ宜しくお願い致します。

敬具

記

院外処方箋サンプル

1 通

以上

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	1111

氏名	テスト 99999999 99999999-19 男 テスト 99999999① 昭和 16年 8月 1日生	大阪府富田林市向陽台 1丁目3番36号 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会 富田林病院 電話番号 0721-29-1121 保険医氏名 中村 六郎 ㊦
区分	被保険者 被扶養者	都道府県 27 市区町村 1 医療機関コード 4902497
交付年月日	令和 4年 11月 29日	処方箋の使用期間 令和 4年 12月 2日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。
処方	変更不可 01 【般】アセトアミノフェン細粒20% 分1 起床時 0.005 g 7日分 — — — 以下余白 — — —	
備考	リフィル可 ☐ (- 回) 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。) ☐ 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 高 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名 ㊦ 「mgは成分量」、「gは製剤量」を表しています 調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「✓」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) 調剤済年月日 令和 年 月 日 公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号 保険薬局の所在地名 ㊦ 保険薬剤師氏名	

【患者様へ】

- 本処方せんの有効期限は「令和 4年12月 2日まで」です。
有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
有効期限切れ、紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。
- 安全な薬物療法を推進するためには、情報の開示が必要です。ただし検査値等の情報開示を希望されない場合は、点線に沿って切り取り、院外処方箋だけを保険薬局にお渡しください。
なお【保険薬局への連絡事項】は、切り取らずに保険薬局に提出してください。

〈血液検査情報〉交付年月日から180日以内のデータから

※期間内に該当検査が実施されていない場合には、検査値は表示されません。

検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC				
Neu#				
Hb				
PLT				
PT-INR				
AST (GOT)				
ALT (GPT)				
総ビリルビン				
クレアチニン				
eGFR				
CPK-MB (CLIA)				
CRP定量				
HbA1c (NGSP)				

身長: 160.0cm (測定日: 2022/11/14)
体重: 70.0kg (測定日: 2022/11/14)
体表面積: 1.69m²

プロトコル名

トシリズマブ療法 (2022/11/14~2022/12/11)

-----切り取り線-----

【保険薬局への連絡事項】

- 処方内容に関する問い合わせ FAX: 0721-29-1128 (薬剤部直通) へ
- 上記以外の問い合わせ TEL: 0721-29-9046 (直通) から医事サービス課へ
FAX: 0721-29-9047 (直通) から医事サービス課へ

