

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	氏名	保険医療機関の所在地および名称 東大阪市西岩田3丁目4番5号 地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 電話番号 06-6781-5101					
	生年月日	年 月 日	歳 ヶ月	保険医氏名	印		
	区分	被保険者		(診療科)			
処方せんの交付年月日		令和 年 月 日	処方せんの使用期間		令和 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)		
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）への変更と差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。					
	備考	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名・押印 保険医署名 印 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「レ」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					
麻薬施用者番号：							
患者住所：							
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局所在地名	印		公費負担医療の受給者番号				

処方箋番号
患者ID

患者さんへ

- 院外処方箋の有効期限は、特に記載のある場合を除き、**令和 年 月 日 () まで** です。
- 紛失等により本処方箋を再発行する場合は、有料となります。
- お薬を適正に使用するために、保険薬局に検査値情報を開示することをお勧めしています。
検査値の開示を望まない場合は、中央で切り取り、左半分のみを保険薬局へご提出下さい。

保険薬局の方へ

疑義照会については、以下の対応をお願いします。

【受付時間】 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

【処方内容】 薬剤部FAX : 0 6 - 6 7 8 9 - 7 7 6 5

至急、時間外の場合は、FAX後、病院にTELをお願いします。

【保険内容】 病院代表TEL : 0 6 - 6 7 8 1 - 5 1 0 1 (医事課内線3835)

切り取り可

項目	基準値範囲	単位	検査日		
			2019/5/1	2019/4/1	2019/2/15
WBC	3500-9700	/ μ l			
Neu	42-74	%			
Hb	13.6-18.3	g/dl			
PLT	14.0-37.9	$\times 1$ 万/ μ l			
T-Bil	0.3-1.2	mg/dl			
AST	10-40	U/l			
ALT	5-45	U/l			
SCr	0.65-1.09	mg/dl			
eGFR		ml/min/1.73m ²			
K	3.5-5.0	mEq/l			
CPK	50-230	U/l			
ALB	3.7-5.5	g/dl			
PT-INR					
HbA1c	4.6-6.2	%			
CRP	0.0-0.3	mg/dl			

(直近3カ月以内の検査値)