処　　方　　箋

（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	
公費負担者医療の受給者番号	

保険者番号	0 6 0 0 0 0 0 0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

I．D	9999000193	ペインクリニック	
フリガナ	テスト　０１９		
氏　　名	テスト　０１９　様	男性	
生年月日	昭和５５年１０月１０日生	42才	
区　　分	被保険者		

保険医療機関の所在地及び名称	〒134-0086　東京都江戸川区臨海町1-4-2 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 03-5605-8811
都道府県番号	1 3
点数表番号	1
医療機関コード	2 3 7 0 9 8 9
保険医氏名	ＧＸＶ０９　ＦＡＴ　印

交付年月日　令和5年04月11日　　処方箋の使用期限　　年　月　日

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。　］

1）　【般】ロキソプロフェンＮａ錠　６０ｍｇ　　3錠
・・・３×　朝昼夕食後　　3日分
【服用開始日】2023/04/11(火)

以下余白

~~リフィル可　□（　　回）~~

備考

後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更不可欄に「レ」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印

保険医署名	㊞

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。）

□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）~~

調剤済年月日	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	印	公費負担医療の受給者番号	

●患者さんへ

①「処方箋」の有効期間は、特に記載のある場合を除き、
交付日を含め４日間（土日祭日を含む）です。
有効期間が過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
②お名前と内容をお確かめ頂き、お薬は「かかりつけ薬局」でお受け取りください。
③以下の検査情報等は、保険薬局で薬の効果・副作用などを確認するために重要な情報ですので、可能な限り保険薬局薬剤師にご提示ください。
④検査情報等を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙の点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみお渡しください。

●保険薬局のみなさまへ

①検査値は、過去３カ月の直近データを表示しています。測定がない場合は空欄になります。検査値の概説は当院ＨＰをご参照ください。
②この検査情報等は、希望される患者さんへ点線部分で切り離しお渡しください。

【検査値】

検査項目	検査値	検査日	検査項目	検査値	検査日
WBC	----------	----------	PT-INR	----------	----------
Neut	----------	----------	CK	----------	----------
Hb	----------	----------	CRP	----------	----------
PLT	----------	----------	Na	----------	----------
ALB	----------	----------	K	----------	----------
T-Bil	----------	----------	Ca	----------	----------
AST	----------	----------	Mg	----------	----------
ALT	----------	----------	HbA1c	----------	----------
UA	----------	----------	TSH	----------	----------
sCre	----------	----------	FT3	----------	----------
eGFR	----------	----------	FT4	----------	----------

【レジメン情報】

処方箋の問い合わせについて

■処方に関すること
薬剤科　FAX：03-5605-7056

■保険情報に関すること
医事課　TEL：03-5605-8811(代表)