

当院を受診される患者さまへ

2019年9月3日(火)から

院外処方箋に

検査値・抗癌剤治療レジメン名(治療内容) 等を印字します

2019年9月3日から発行する院外処方箋の右半分に、
検査値・抗癌剤治療レジメン名(治療内容)を印字します。

この検査値等は、「お薬の量の調節」や「副作用の早期発見」など、
お薬を安全に使用するための情報であり、保険調剤薬局で参考になる、大切な内容です。安全な治療のため、ご協力をお願い致します。

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

処方箋 1 / 1

公費負担者番号 12011318 保険者番号

公費負担医療 被保険者氏名・被保険者

左半分は、従来の処方箋です

住所 〒040-0053 函館市末広町 18-16 TEL 0138-23-6596

交付年月日 平成30年11月20日 処方箋の 年 月 日 効に記録のある場合を記入
使用期間 交付の日を含めて4日以内、
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後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を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 タケキヤブ錠10mg 1錠 14日分
1日1回 朝食後

Rp02
レ アクトス錠30 30mg 1錠 14日分
1日1回 朝食後

Rp03
レ 07121016錠60mg「日医工」 3錠
レ パミド錠100mg「サワイ」 3錠 14日分
1日3回 毎食後

以下 余白

備考 変更不可。実績確認済の当院採用薬

「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。
保険薬局が調剤時に後発を調剤した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
□保険医診療機関へ送付開示した上で調剤 □保険医診療機関へ情報提供

調剤済年月日 年 月 日 公費負担者番号
保険薬局の所在 公費負担医療
及び名称 交付者番号
保険薬剤師氏名 印

○患者さまへ
・処方箋を受け取られましたら、氏名と内容についてご確認ください。
・処方箋の有効期限は「交付日を含めて4日以内」です。
・当院で血液検査を受けられた方は、検査結果が印字されます。

右半分は、お薬の副作用や
お薬の量を調整する際に必要な
直近の検査値、体表面積、
抗癌剤治療内容を印字します。

項目	結果	検査日	項目	結果	検査日
WBC	...	/..	sCre	...	/..
Neu	...	/..	eGFR	...	/..
Hb	...	/..	CRP	...	/..
Plt	...	/..	PT-INR	...	/..
AST	...	/..	HbA1c	...	/..
ALT	...	/..	Na	...	/..
γ-GTP	...	/..	K	...	/..
BUN	...	/..	CK	...	/..

・身体情報

身長 180.0 cm (2019/01/22)
体表面積 1.56 m²

・治療レジメン名

CBDCA+PTX 療法 (呼吸器内科) ○/○~△/△ ■コース

お問い合わせ先

保険内容 : 各科外来 (代表電話: 0138-51-2295)
・処方内容 : 薬剤科 (疑義照会専用FAX: 0138-51-7502)

保険調剤薬局に、検査値等を提出したくない場合は、切り取り線にて切り離し、左半分(処方箋)を提出してください。