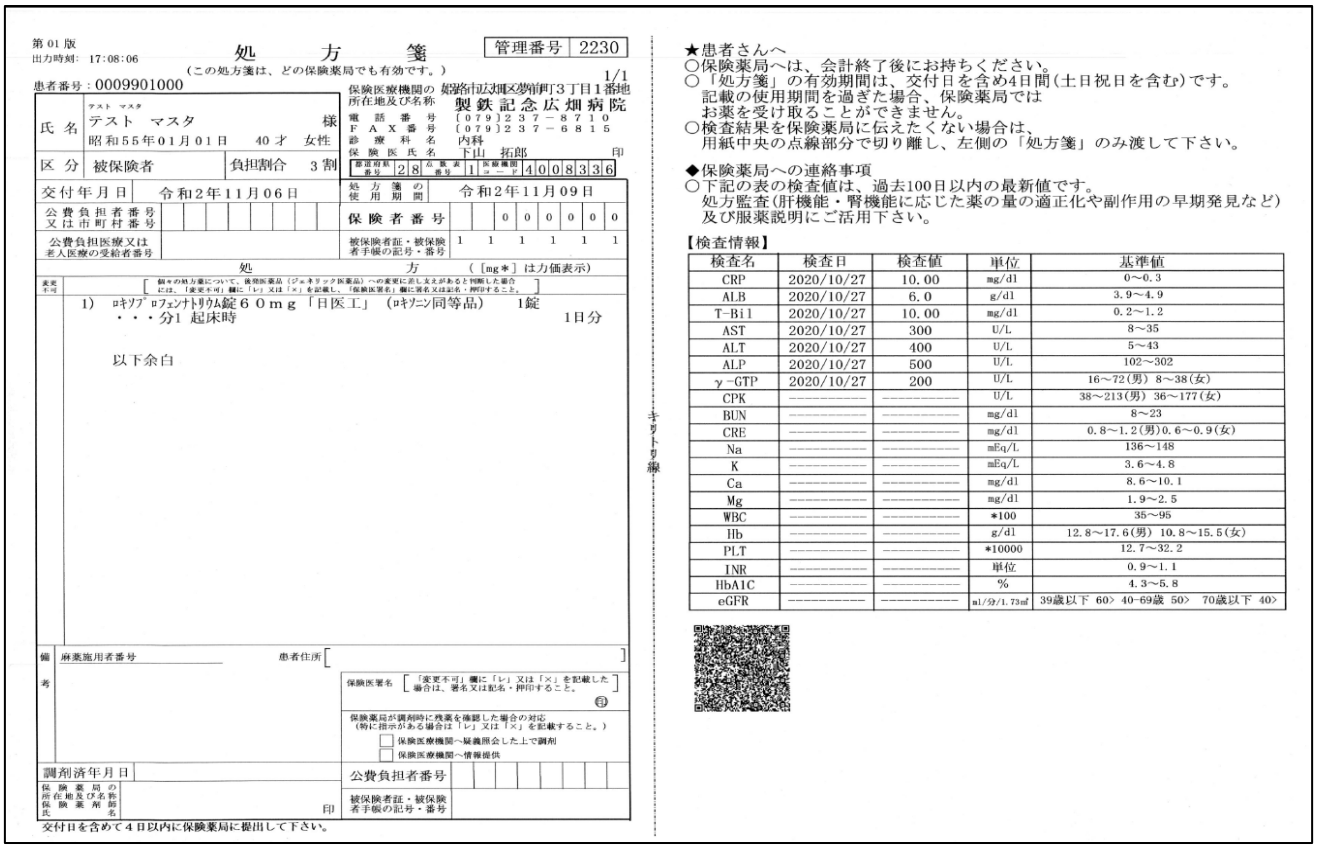
■院外処方箋のレイアウト変更のお知らせ

2020年11月13日から院外処方箋に身長・体重・体表面積を表記します。

身長・体重は直近の測定値が表記されます。

※検査値と違い、過去〇〇〇日以内の設定ができません。
　数年前の測定値が表記されることがあります。

【現　行】



第01版
出力時刻: 17:08:06

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

管理番号 2230

1/1

患者番号：0009901000

氏名　テスト　マスタ　様
昭和55年01月01日　40才　女性

区分　被保険者　負担割合　3割

交付年月日　令和2年11月06日

公費負担者番号又は市町村番号

公費負担医療又は老人医療の受給者番号

保険医療機関の所在地及び名称：姫路市広畑区夢前町3丁目1番地　製鉄記念広畑病院
電話番号　〔079〕237－8710
FAX番号　〔079〕237－6815
診療科名　内科
保険医氏名　下山　拓郎　印
都道府県番号 28　点数表番号 1　医療機関コード 4008336

処方箋の使用期間　令和2年11月09日

保険者番号　0000

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号　1111

処方（［mg＊］は力価表示）

変更不可

1）ﾛｷｿﾌﾟﾛﾌｪﾝﾅﾄﾘｳﾑ錠60mg「日医工」（ﾛｷｿﾆﾝ同等品）　1錠
・・・分1 起床時　1日分

以下余白

備考　麻薬施用者番号　患者住所

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

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

調剤済年月日

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

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

キリトリ線

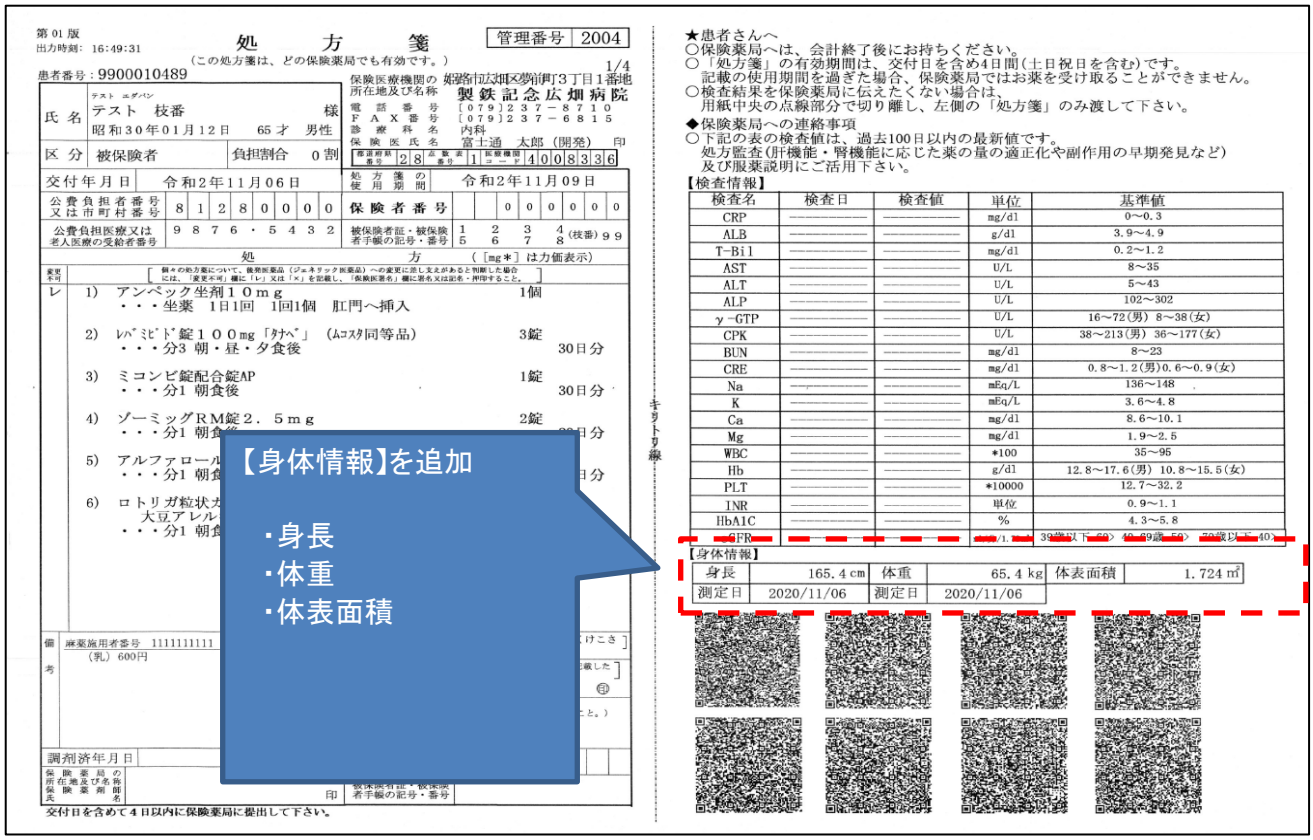
★患者さんへ
○保険薬局へは、会計終了後にお持ちください。
○「処方箋」の有効期間は、交付日を含め4日間（土日祝日を含む）です。
　記載の使用期間を過ぎた場合、保険薬局では
　お薬を受け取ることができません。
○検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、
　用紙中央の点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみ渡して下さい。

◆保険薬局への連絡事項
○下記の表の検査値は、過去100日以内の最新値です。
　処方監査（肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見など）
　及び服薬説明にご活用下さい。

【検査情報】

検査名	検査日	検査値	単位	基準値
CRP	2020/10/27	10.00	mg/dl	0～0.3
ALB	2020/10/27	6.0	g/dl	3.9～4.9
T-Bil	2020/10/27	10.00	mg/dl	0.2～1.2
AST	2020/10/27	300	U/L	8～35
ALT	2020/10/27	400	U/L	5～43
ALP	2020/10/27	500	U/L	102～302
γ-GTP	2020/10/27	200	U/L	16～72(男) 8～38(女)
CPK	――	――	U/L	38～213(男) 36～177(女)
BUN	――	――	mg/dl	8～23
CRE	――	――	mg/dl	0.8～1.2(男)0.6～0.9(女)
Na	――	――	mEq/L	136～148
K	――	――	mEq/L	3.6～4.8
Ca	――	――	mg/dl	8.6～10.1
Mg	――	――	mg/dl	1.9～2.5
WBC	――	――	*100	35～95
Hb	――	――	g/dl	12.8～17.6(男) 10.8～15.5(女)
PLT	――	――	*10000	12.7～32.2
INR	――	――	単位	0.9～1.1
HbA1C	――	――	%	4.3～5.8
eGFR	――	――	ml/分/1.73㎡	39歳以下 60> 40-69歳 50> 70歳以下 40>

【変更後】



第01版
出力時刻: 16:49:31

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

管理番号 2004

1/4

患者番号：9900010489

氏名　テスト　枝番　様
昭和30年01月12日　65才　男性

区分　被保険者　負担割合　0割

交付年月日　令和2年11月06日

公費負担者番号又は市町村番号　81280002

公費負担医療又は老人医療の受給者番号　9876・5432

保険医療機関の所在地及び名称：姫路市広畑区夢前町3丁目1番地　製鉄記念広畑病院
電話番号　〔079〕237－8710
FAX番号　〔079〕237－6815
診療科名　内科
保険医氏名　富士通　太郎（開発）　印
都道府県番号 28　点数表番号 1　医療機関コード 4008336

処方箋の使用期間　令和2年11月09日

保険者番号　0000

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号　1234 5678（枝番）99

処方（［mg＊］は力価表示）

変更不可

レ　1）アンペック坐剤10mg　1個
・・・坐薬　1日1回　1回1個　肛門へ挿入

2）ﾚﾊﾞﾐﾋﾟﾄﾞ錠100mg「ﾀﾅﾍﾞ」（ﾑｺｽﾀ同等品）　3錠
・・・分3 朝・昼・夕食後　30日分

3）ミコンビ錠配合錠AP　1錠
・・・分1 朝食後　30日分

4）ゾーミッグRM錠2.5mg　2錠
・・・分1 朝食

5）アルファロール
・・・分1 朝食

6）ロトリガ粒状カ
大豆アレル
・・・分1 朝食

備考　麻薬施用者番号　1111111111
（乳）600円

調剤済年月日

保険薬局の所在地及び名称　保険薬剤師氏名　印

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して下さい。

キリトリ線

★患者さんへ
○保険薬局へは、会計終了後にお持ちください。
○「処方箋」の有効期間は、交付日を含め4日間（土日祝日を含む）です。
　記載の使用期間を過ぎた場合、保険薬局ではお薬を受け取ることができません。
○検査結果を保険薬局に伝えたくない場合は、
　用紙中央の点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみ渡して下さい。

◆保険薬局への連絡事項
○下記の表の検査値は、過去100日以内の最新値です。
　処方監査（肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見など）
　及び服薬説明にご活用下さい。

【検査情報】

検査名	検査日	検査値	単位	基準値
CRP	――	――	mg/dl	0～0.3
ALB	――	――	g/dl	3.9～4.9
T-Bil	――	――	mg/dl	0.2～1.2
AST	――	――	U/L	8～35
ALT	――	――	U/L	5～43
ALP	――	――	U/L	102～302
γ-GTP	――	――	U/L	16～72(男) 8～38(女)
CPK	――	――	U/L	38～213(男) 36～177(女)
BUN	――	――	mg/dl	8～23
CRE	――	――	mg/dl	0.8～1.2(男)0.6～0.9(女)
Na	――	――	mEq/L	136～148
K	――	――	mEq/L	3.6～4.8
Ca	――	――	mg/dl	8.6～10.1
Mg	――	――	mg/dl	1.9～2.5
WBC	――	――	*100	35～95
Hb	――	――	g/dl	12.8～17.6(男) 10.8～15.5(女)
PLT	――	――	*10000	12.7～32.2
INR	――	――	単位	0.9～1.1
HbA1C	――	――	%	4.3～5.8
eGFR	――	――	ml/分/1.73㎡	39歳以下 60> 40-69歳 50> 70歳以下 40>

【身体情報】

身長	165.4 cm	体重	65.4 kg	体表面積	1.724 ㎡
測定日	2020/11/06	測定日	2020/11/06		