

# 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)

保険医療機関の住所及び名称 1/1  
 長野県長野市富竹1333-1  
**長野市民病院**  
 電話 026-295-1199 (代)

患者番号 09800557  
 フリカ`ナ ナカ`ノ ハナコ  
 氏名 長野 花子  
 生年月日 S44.05.31  
 48才06ヶ月 性別 女  
 診療科 内科  
 交付年月日 2017.12.15

保険者番号 記号・番号	0 6 0 0 0 0 0 0													
公費負担者番号									区分					
受給者番号									①被保険者					
									②被扶養者					
都道府県 番号	2	0	点数表 番号	1	医療機関 コード	0	1	.	1	8	2	5	.	1

保険医師名 富竹 太郎 印

特に記載のある場合を除き、処方せんの有効期限は交付日を含めて 4 日間 処方せんの使用期間 年 月 日

変更不可	番号	薬品名	分量	単位
	1)	ボルタレン坐剤 50mg ・・・1日1回 発熱時1個挿肛次回6時間以上あける	7	個
	2)	ロキソニン錠 (60mg) ・・・1×医師の指示通り 朝より服用	3	錠 1日分
	<<以下余白>>			

備考 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。)  
 保険医療機関へ発着照会した上で調剤  保険医療機関へ情報提供

<お問い合わせ先> 長野市民病院 TEL 026-295-1174 (薬剤部) FAX 026-295-1175 ( )  
 調剤年月日 保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 印

◆ファクシミリで処方を送った場合も本処方箋を薬局に提出することが必要です。  
 患者さんへ：保険薬局への検査値の提供を望まない場合は切取線より下を切り離してご提出ください。なお治療を安全に行うために保険薬局に検査値をご提出されることをお勧めします。  
 保険薬局の方へ：検査値は処方監査、服薬指導の際にご活用ください。基準値などは長野市民病院ホームページ薬剤部をご覧ください。

(キ リ ト リ)

検査項目	AST	ALT	T.Bil	γ-GT	CK	UN	Cre	eGFR	K	CRP
結果値	7	8	5.0	1	1	1	1.00	49.0	1.0	1.00
検査日	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25
検査項目	HbA1c (NGSP)	WBC	HGB	PLT	PT-INR	NEUTRO(%)				
結果値	-	2	2.0	2.0	-	2				
検査日	検査なし	2017/11/25	2017/11/25	2017/11/25	検査なし	2017/11/25				