

# 処方箋

99999999-25  
内科

(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 又は市町村番号	6 2 1 3 0 0 1 8	保険者番号	0 6 1 3 9 1 1 7
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	0 4 7 6 5 0 7	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	9・99 (枝番)01
氏名	サヲ タロウ 佐原 太郎	性別	男
生年月日	昭和 30年 10月 1日生	年齢	91歳
交付年月日	令和 3年 4月 12日	処方箋の使用期間	令和 3年 4月 21日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。
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）への変更は差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
処方	01 頓服 アスピリン 1g 頓用 吐き気時 1回分 --- 以下余白 ---		
備考	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「✓」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 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

## 患者様へ

\* 本処方せんの有効期限は、交付の日を含めて 日間です。

- お名前、処方内容を確かめてください。  
できるだけ早く薬局（「処方せん受付」、「保険調剤」、「基準薬局」などの表示のある薬局）へ処方せんをお持ちになり、処方せんを引き換えにくすりをお受け取りください。
- ご自分がいつも利用する薬局（かかりつけ薬局）に行くことをお勧めします。
- 薬局で、処方せんを引き換えにくすりを受け取ってください。
- 検査結果を知らせたくない場合は、「切り取り線」より切り離してください。

## 検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
AST(GOT)	13 ~ 33	97 H	U/l	2021/01/15
ALT(GPT)	8 ~ 42	78 H	U/l	2021/01/15
γ-GTP				
ALP(IF)	38 ~ 113	100	U/L	2021/04/12
LDH(IF)	119 ~ 229	200	U/l	2021/04/12
総ビリルビン				
ALB				
クレアチン				
eGFR				
CK				
Na				
K				
WBC	3.42 ~ 8.41	検査中止	x10 <sup>3</sup> /ul	2021/02/04
Se g				
HGB	13.4 ~ 16.9	・ ・	g/dl	2021/02/04
MCV	87.6 ~ 103	・ ・	f1	2021/02/04
PLT	134 ~ 304	・ ・	x10 <sup>3</sup> /ul	2021/02/04
PT-INR		1.04		2021/03/22
HbA1c (NGSP)				

## 千葉県立佐原病院

〒287-0003 千葉県香取市佐原イ 2 2 8 5

処方せんに関する問い合わせ

電話 0478-54-1231(代表)

0478-52-9454(FAX)

身長：174cm (測定日：2021/03/10)

体重：66kg (測定日：2021/03/10)

体表面積：1.8m<sup>2</sup>

