

院外処方せん

1225-0001

(この処方せんはどの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									

保険者番号	
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

診療番号	
カナ	
氏名	殿
生年月日: 昭和38年01月01日	年齢: 56歳 11カ月 性別: 男
区分: 被保険者(保険種別: 国保)	

保険医療機関の所在地及び名称
 神戸市中央区楠町7丁目5-2
 神戸大学医学部附属病院
 電話番号 078-382-5111(代)
 【病床数200床以上】

都道府県番号	2	8	点数表番号	1	医療機関コード	
--------	---	---	-------	---	---------	--

診療科

保険医氏名

印

交付年月日 令和元年12月25日	処方せんの使用期間	令和元年12月28日	まで	特に記載のある場合を除き 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること
------------------	-----------	------------	----	--

変更不可	<p>(個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には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。)</p> <p>RP08 【般】 ベタメタゾンジプロピオン酸エステル (全量) 2本</p> <p>軟膏0.064%</p> <p>(リンデロンDP軟膏(5g))</p> <p>★(塗布薬) 1日5回 7日分に相当</p> <p>★手足,両足,両手,腕,入浴後に</p> <p>★※★外用全量</p> <p>以下余白</p>
処方	
方	

備考	保険医署名 「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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	
	麻薬施用者番号	患者住所
	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	公費負担医療の受給者番号
	保険薬剤師氏名	印

検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	CK	Ca	K	HbA1c
結果値													
検査日													

【保険薬局への注意事項】
 一般名処方箋に併記された銘柄名は、薬の取り違えを防ぐための参考情報であり、個別銘柄の指定ではありません。
 処方内容の疑義は処方医に直接照会下さい。
 処方に変更が生じた場合は、変更内容を記載した処方せんをFAX送信下さい。後発品の変更調剤についてはFAX送信不要です。
 処方箋への連絡事項がある場合は、トレーニングレポートをFAX送信下さい。FAX送信先:078-382-5285(医事課)
 詳細は当院薬剤部ホームページをご覧ください。

	項目	BW*	BSA*
	数値		
	測定日		-

*BWやBSAを用いて処方箋のチェックをする場合は、測定日に注意し、適宜患者さんへ直近の数値を直接確認してください