

※変更前

(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		保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
氏名	大阪府富田林市向陽台 1丁目3番36号 大阪府済生会 富田林病院 電話番号 0721-29-1121 大阪府済生会 富田林病院 保険医氏名		
区分	被保険者	被扶養者	〒271-8601 富田林市向陽台1丁目3番36号 大阪府済生会富田林病院 保険医氏名
交付年月日	令和5年3月29日	処方箋の使用期間	令和5年4月1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。
処方	変更不可 01 【般】アプレキサ [®] カプセル80mg 1カプセル 分1 朝食後 点滴の日の翌日から 2日分 02 デカドロン錠0.5mg 8錠 分2 朝食後 点滴の日の翌日から 4日分 --- 以下余白 --- リフィル可 <input type="checkbox"/> (-回)		
備考	保険薬局が調剤時に投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。) <input type="checkbox"/> 保険医氏名欄へ記載し照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医氏名欄へ情報提供 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名		
「mgは成分量」、「gは製剤量」を表しています			
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)			
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			

●本処方せんの有効期限は 「令和5年4月1日まで」です。

有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。

有効期限切れ、紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。

●安全な薬物療法を推進するためには、情報の開示が必要です。ただし検査値等の情報開示を希望されない場合は、点線に沿って切り取り、院外処方箋だけを保険薬局にお渡しください。

なお【保険薬局への連絡事項】は、切り取らずに保険薬局に提出してください。

(血液検査情報) 交付年月日から180日以内のデータから

※期間内に該当検査が実施されていない場合には、検査値は表示されません。

検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	33 ~ 86	83	*100/ μ L	2023/03/29
Neu#	11.1 ~ 64.8	65.7	H *100/ μ l	2023/03/29
Hb	11.6 ~ 14.8	9.0	L g/dL	2023/03/29
PLT	15.8 ~ 34.8	84.9	P 1万/ μ L	2023/03/29
PT-INR	0.7 ~ 1.3	1.07		2023/02/24
AST(GOT)	13 ~ 30	15	U/L	2023/03/29
ALT(GPT)	7 ~ 23	24	H U/L	2023/03/29
総ビリルビン	0.4 ~ 1.5	0.2	L mg/dL	2023/03/29
クレアチニン	0.46 ~ 0.79	0.57	mg/dL	2023/03/29
eGFR	60 ~ 89	82.7		2023/03/29
CPK-MB(CLIA)				
CRP定量	0 ~ 0.14	0.52	H mg/dL	2023/03/29
HbA1c(NGSP)				

身長: 158cm (測定日: 2023/03/08)

体重: 52kg (測定日: 2023/03/29)

体表面積: 1.47m²

プロトコル名

F E C 7 5 療法(2023/03/29~2023/04/18)

-----切り取り線-----

【保険薬局への連絡事項】

●処方内容に関する問い合わせ FAX: 0721-29-1128(薬剤部直通)へ

●上記以外の問い合わせ TEL: 0721-29-9046(直通)から医事サービス課へ

FAX: 0721-29-9047(直通)から医事サービス課へ



※変更後

処方箋

【患者様へ】

(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		保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
氏名	大阪府富田林市向陽台 1丁目3番36号 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会 富田林病院 電話番号 0721-29-1121 保険医氏名		
区分	被保険者	被扶養者	都道府県 27 市町村 1 医療機関コード 4902497
交付年月日	令和 5年 3月 29日	処方箋の使用期間	令和 5年 4月 1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	01 【般】アプレビ [®] タントカブ [®] セル80mg 1カプセル 分1 朝食後 点滴の日の翌日から 2日分		
処方	02 デカドロン錠0.5mg 8錠 分2 朝昼食後 点滴の日の翌日から 4日分		
方	--- 以下余白 --- リフィル可 <input type="checkbox"/> (-回)		
備考	保険薬局が調剤時に投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。) <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 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記号・押印すること。 保険医署名		
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)	□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日) □3回目調剤日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)		
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	
調剤済調剤師氏名			

- 本処方せんの有効期限は 「令和 5年 4月 1日まで」 です。有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
- 有効期限切れ、紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。
- 安全な薬物療法を推進するためには、情報の開示が必要です。ただし検査値等の情報開示を希望されない場合は、点線に沿って切り取り、院外処方箋だけを保険薬局にお渡しください。なお【保険薬局への連絡事項】は、切り取らずに保険薬局に提出してください。

(血液検査情報) 交付年月日から180日以内のデータから
※期間内に該当検査が実施されていない場合には、検査値は表示されません。

検査結果

項目	基準範囲	結果	検査日	項目	基準範囲	結果	検査日
WBC	33~86 *100/ μ L	83 30 L	2023/03/29	CPE-MB (CLIA)			
Neu#	11.1~64.8 *100/ μ L	65.7 H 19.8	2023/03/29 2023/03/15	CRP定量	0~0.14 mg/dL	0.52 H 1.27 H	2023/03/29 2023/03/15
Hb	11.6~14.8 g/dL	9.0 L 7.8 L	2023/03/29 2023/03/15	HbA1c (NGSP)			
PLT	15.8~34.8 1万/ μ L	84.9 P 44.1 H	2023/03/29 2023/03/15	カリウム	3.6~4.8 mmol/L	4.4 4.0	2023/03/29 2023/03/15
PT-INR	0.7~1.3	1.07	2023/02/24	カルシウム	8.8~10.1 mg/dL	9.3 8.7 L	2023/03/29 2023/03/15
AST (GOT)	13~30 U/L	15 186 H	2023/03/29 2023/03/15	ナトリウム	138~145 mmol/L	141 134 L	2023/03/29 2023/03/15
ALT (GPT)	7~23 U/L	24 H 161 H	2023/03/29 2023/03/15	アルブミン	4.1~5.1 g/dL	3.9 L 3.6 L	2023/03/29 2023/03/15
総ビリルビン	0.4~1.5 mg/dL	0.2 L 0.2 L	2023/03/29 2023/03/15	LDLコレステロール			
クレアチニン	0.46~0.79 mg/dL	0.57 0.50	2023/03/29 2023/03/15	中性脂肪	30~117 mg/dL	217 H	2023/02/24
eGFR	60~89	82.7 95.4 H	2023/03/29 2023/03/15	HDLコレステロール			

身長: 158cm (測定日: 2023/03/08)
体重: 52kg (測定日: 2023/03/29)
体表面積: 1.47m²

プロトコル名
FEC75療法 (2023/03/29~2023/04/18)

【保険薬局への連絡事項】

- 処方内容に関する問い合わせ FAX: 0721-29-1128 (薬剤部直通)へ
- 上記以外の問い合わせ TEL: 0721-29-9046 (直通) から医事サービス課へ
FAX: 0721-29-9047 (直通) から医事サービス課へ

