

氏名 **ホクダイ 如丸 北大 太郎 殿**

患者番号 109900088
 生年月日 昭45年10月29日 性別 男
 年令 42歳9ヶ月

院外処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)
 医療機関 北海道大学病院
 住所 札幌市北区北14条西5丁目
 電話番号 (011)716-1161
 保険医師氏名 北大 医師 印
 発行科名 内科 I (01)
 保険医療機関での自己負担区分 病200以上・病200未満・診定率・診定額

切り取り線

被保険者	*****	保険者番号	06
公費負担者番号		被保険者証 被保険者手帳 の記号・番号	記号 番号
公費負担医療 の受給者番号		処方箋の 使用期間	1. 交付の日を含めて4日以内 2. 薬局に提出 まで) すること。
交付年月日	平成25年09月24日		

RP 変更不可			
1) <input type="checkbox"/>	PL 配合顆粒	3 g	
	1日3回 毎食後		5 日分
2) <input checked="" type="checkbox"/>	ムコダイン錠 250mg	6 錠	後発不可
	1日3回 毎食後		5 日分
3) <input type="checkbox"/>	フロモックス錠 100mg	3 錠	
	1日3回 毎食後		5 日分
以下余白			

切り取り線

保険医署名: 医師 如丸 太郎 印
 後発医薬品(ジェネリック医薬品)へ変更不可に
 チェックがある場合、署名または記名・押印
 注) 後発不可、なし、含量不可、剤形不可、
 含量剤形不可表示がある薬品は後発品への
 変更、含量規格変更、剤形変更を不可とする
 【保険薬局各位】薬の内容確認等は各診療科の担当医師に、ご連絡下さい。

当月分を診療科ごとにまとめて翌月の10日までに送付(FAX不可)願います。送付先: 北海道大学病院 医事課

備考	都道府県 コード	01	点数表 番号	1	医療機関 コード	8010016	公費負担者番号	
							公費負担医療 の受給者番号	
調剤 年月日	年	月	日	保険薬局の所在 地及び名称		保険薬剤師氏名	印	

院外処方箋に関する注意事項

院外処方箋には使用期限があります。
 処方箋左側「交付年月日」を含めて4日間です。(別に指定のある場合を除く)
 早めに、最寄りの保険調剤薬局へご提出ください。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更をご希望の場合は
 各保険調剤薬局にてご相談ください。
 (医師の指示により変更ができない場合もありますのでご了承ください)

-----切り取り線-----

保険調剤薬局への連絡事項

2013.9.24

下記項目は、処方監査、服薬指導の際、ご活用ください
 服薬指導終了時に、切り離し、お渡ししていただいて構いません
 検査値(直近3カ月の検査から)

項目	結果	検査日
WBC	L 1.2 × 1000/μL	9/24
Neu	74 %	9/24
Hb	13.1 g/dL	9/24
Plt	350 × 1000/μL	9/24
AST	15 U/L	9/10
ALT	10 U/L	9/10
γGTP	H 180 U/L	9/10

項目	結果	検査日
BUN	15 mg/dL	9/24
sCr	0.55 mg/dL	9/24
CRP	0.25 mg/dL	9/24
CK	50 IU/L	8/30
PT-INR	0.96 INR	9/24
HbA1c	5.4 %(NGSP)	8/30

身体情報

身長 170.0 cm (2013/09/01) 体表面積 1.69 m²
 体重 60.0 kg (2013/09/01)

109900088

【薬の内容確認等は、各診療科の担当医師にご連絡ください】
 【当月分を診療科毎にまとめて、翌月10日までに送付願います
 (FAX不可) 送付先: 北海道大学病院 医事課】

