

【院外処方箋の様式変更について】

2020年9月18日

院外処方箋の疑義照会方法を変更するため、
下記のように変更します。

オーダー番号: 10681515 第01版 部門番号: 出力時刻: 16:44:48		処 方 箋		1/1
公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号 1 6 0 0 0 0		
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 あ 1 2 3 4 5		
患者番号 0099991226 テスト カンジヤ		保険医療機関 〒937-0042 富山県魚津市六郎丸992番地 所在地及び名称 富山 労 災 病 院		
氏名 テスト 患者		電話 番号 0765 (22)1280(代)		
昭 和 20 年 01 月 01 日 75 才 男性		診 療 科 名 内 科		
区 分 本人		保 険 医 氏 名 稲 村 勝 志		
負担割合 2割		処方箋 番号 1 6 0 0 0 1 1 9		
交付年月日 令和2年07月29日		使 用 期 限 令和 年 月 日		
変更不可 <input type="checkbox"/> 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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」欄に署名又は記名を記載すること。				
1) 【般】アムロジピン口腔内崩壊錠10mg 1錠 ・・・1日1回 朝食後 ・・・2020/07/29(水) ・・・薬剤情報提供あり				
以下余白				
院外処方箋問合せ窓口				
処方に関すること		FAX : 0765-23-1307 (薬剤部直通)		
保険に関すること		TEL : 0765-22-1280 (代表から医事課へ)		
<p>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。） <input checked="" type="checkbox"/> 残薬調整後の報告可 <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</p>				
麻薬施用者番号 高一		調剤済年月日		
公費負担者番号		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		
<p>● 問い合わせ先 富山労災病院 TEL:0765-22-1280 (代表)</p> <p>● 後発医薬品変更等の処方変更のご連絡はFAXにてお願いします。 FAX : 0765-22-5859</p>				

**有効期限は
原則4日以内**

- <患者さまへ>
- この処方箋は「院外処方箋」です。
有効期限は交付日を含めて4日間以内です
(特に記載がある場合を除く)。
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。
お早めに保険薬局へご提示ください。
 - 下記検査項目等は、保険薬局の方に、薬の内容や副作用の確認、
服薬指導等に活用して頂くものです。
この検査項目の提供を望まない方は、切り離してから
FAXコーナー、保険薬局にお渡しください。
- <保険薬局の薬剤師の方へ>
- 臨床検査値情報（当院で受けられた最新の検査値より）
注：臨床検査値情報については、最新の添付文書を基に投与用量などの
確認をお願いします。

院外処方箋問合せ窓口

処方に関すること	FAX : 0765-23-1307 (薬剤部直通)
保険に関すること	TEL : 0765-22-1280 (代表から医事課へ)

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。）
 残薬調整後の報告可 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

↑ ①

麻薬施用者番号
高一

調剤済年月日

公費負担者番号

公費負担医療又は
老人医療の受給者番号

性別	♀	0.40~0.80	
BUN	8~22		mg/dL
UA	7.0未満		mg/dL
AST	7~27		U/L
ALT	7~50		U/L
γ-GTP	0.0~0.4		mg/dL
Ca	3.6~4.9		mEq/L
Na	8.8~10.2		mg/dL
LDL-cho	70~139		mg/dL
HbA1c(NGSP)	4.6~6.2		%
TSH	0.541~4.261		μU/mL
THEO(テオフィル)	5~20		μg/mL
DIG(ジゴキシン)	0.5~1.1(0.5~0.8)		ng/mL
VPA(バクソール)	40~125		μg/mL
PHI(ヒト)	10~20		μg/mL
CBZ(カルバマゼピン)	4~12(6~8)		μg/dL



- 問い合わせ先
富山労災病院 TEL:0765-22-1280 (代表)
 - 後発医薬品変更等の処方変更のご連絡はFAXにてお願いします。
FAX : 0765-22-5859