

患者番号: 999902

科名 小児科

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

保険者番号	0	6							
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									

フリガナ	イコウ シロウ	年齢													
氏名	移行 二郎	75歳5ヶ月													
生年月日	昭和22年10月10日	(男)													
区分	被保険者	前高8	都道府県コード	2	7	点数表番号	1	医療機関コード	3	8	0	2	0	9	4
交付年月日	令和03年02月01日	処方箋の使用期間	令和	年	月	日	備考欄に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。								

保険医療機関の所在地及び名称 大阪府羽曳野市はびきの3-7-1 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター
 電話番号 072-957-2121
 保険医氏名 薬局処方確認 印

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）への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。 】														
処方	1 ギンテンドラシロップ 0.1% 1日 0.5mg 1日2回 朝 夕 食後 5日分 ----- 以下 余 白 ----- リフィル可 <input type="checkbox"/> ()														

備考	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 調剤済年月日														
	保険医署名														
	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 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														
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「P」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) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日(年 月 日)															

保険薬局の所在地及び名称		公費負担者番号							
保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号							

これは「院外処方箋」です

患者さんへ

- この処方箋を院外の保険薬局（調剤薬局）に提出し、お薬をお受取ください。
- 使用期限は特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内です
- お受取りになったお薬についての疑問点や不明点はご利用になった保険薬局へお問い合わせください。

保険薬局へ

- 処方箋の疑義等については、下記にお問い合わせください
 【電話：072-957-2121（代表）】 平日9:00~17:30
 処方内容：処方医へ
 保険内容：医事グループへ
 調剤内容：薬局へ
 疑義照会後の処方内容変更については、FAX072-958-3291へ報告してください。
 ※服用日数(〇日)で処方されている薬品の分量は【1日量】を表しています
 ※重量記載(mg・gなど)されている散剤の分量は【原薬量】を表しています
- トレーシングレポートについては薬局へご報告ください。
 【薬局直通FAX：072-957-8022】

身長: 170.00 cm (2015/11/17) 体重: 60.00 kg (2015/11/17) 体表面積: 1.695 m²

直近の検査結果値 (過去3か月以内の最新結果値です)

項目	基準値	検査値	検査日	項目	基準値	検査値	検査日
CRE	0.65~1.07 mg/dL	0.80	(2022/08/17)	TB	0.4~1.5 mg/dL	中止 L	(2020/10/04)
		中止	(2020/10/04)			1.0	(2020/09/27)
eGFR	90 ≦ mL/分/標面	72.0 L	(2022/08/17)	CRP	0.00~0.14 mg/dL	中止 H	(2020/10/04)
		中止 L	(2020/10/04)			13.39 H	(2020/09/27)
WBC	3.3~8.6 x10E3/μL	13.0 H	(2022/07/07)	CK	59~248 U/L	中止 L	(2020/10/04)
		中止	(2022/05/10)			1417 H	(2020/09/27)
NEUT#	/μL	7330	(2022/07/07)	HbA1c (NGS)	4.9~6.0 %	未検査	(****/**/)**
		中止	(2022/05/10)			未検査	(****/**/)**
Hb	13.7~16.8 g/dL	22.7 H	(2022/07/07)	K	3.6~4.8 mmol/L	中止 H	(2020/10/04)
		3.7 L	(2022/05/10)			4.5	(2020/09/27)
PLT	15~35 x10E4/μL	42.1 H	(2022/07/07)	PT-INR	0.93~1.13	未検査	(****/**/)**
		19.4	(2022/05/10)			未検査	(****/**/)**
AST	13~30 U/L	15	(2022/04/22)				
		中止	(2020/11/24)				
ALT	10~42 U/L	12	(2022/04/22)				
		中止	(2021/04/08)				