

電子処方箋対応  
引換番号:  
患者番号:

# 処方箋 (院外)

1/1 ホーダー番号:50000023  
出力時刻:15:31:29  
第 01 版

公費負担者番号 又は市町村番号									
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号									

保険者番号	0	6	0	0	0	0	0	0
被保険者資格に係る 記号・番号	(枝番)							

氏名 様  
昭和 年 月 日 才

保険医療機関の〒770-0812 徳島市北常三島町2丁目34番地  
所在地及び名称 **徳島市民病院**  
電話番号 (088) 622-5121 (代表)  
診療科名 内科  
保険医氏名

区分 本人

都道府県 番号	3	6	点 番号	1	医療機関 コード	0	1	2	4	9	2	1
------------	---	---	---------	---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

交付年月日 令和8年03月09日

処方箋の 令和 年 月 日まで  
使用期限 特記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のこと。

変更不可 (医療上必要)	患者希望	[ 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・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 ]
処		1) 3錠 1回1錠 (1日 3錠) ・・・1日3回 朝・昼・夕食後 7日分 以下余白
方		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)

※4日以内に保険薬局に提出してください

(注) 確認印欄に押印のないものは無効とします

備 保険医署名 印 [ 「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。 ]

考 患者住所  
麻薬施用者番号  
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。)  
 保険医療機関へ疑念照会した上で調剤  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「レ」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 公費負担者番号

保険薬局の所在地及び名称  
保険薬剤師氏名 印

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

確認印

※ブリスターは“BL”、mg成分は“mg成”、μg成分は“μg成”、mg力価は“mg力”  
万単位は“万単”、ロタディスクは“RD”と表記しています。

## 【検査情報】

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

検査項目	WBC	NEUT	HGB	PLT	PT-INR	AST
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----

検査項目	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	Na	K
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----

検査項目	HbA1c	Ca	ALB	CRP		
検査値	-----	-----	-----	-----	-----	-----
検査日	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## 【身体情報】

身長	----- cm	体重	----- kg	体表面積	----- m <sup>2</sup>
測定日	-----	測定日	-----		

※ 検査情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、検査情報欄を切り取り  
保険薬局へお渡してください。