

院 外 処 方 箋

(1 頁 / 1)

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 1 回目

患者番号	9997812	医療機関	旭川医科大学病院
フリガナ	テスト ヤマカ12	住所	旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号
氏名	テスト 山中12	電話番号	(0166) 65-2111
生年月日	昭60年01月01日	保険医氏名	NEC 臨床医師8
年齢	35歳10ヶ月	性別	男
発行科名	糖尿病内科	印	
被 保 険 者		都道府県	0 1
公 費 負 担 者 番 号		点数表	1
公費負担医療の受給者番号		医療機関	8 0 1 0 2 1 4
交 付 年 月 日	2020/11/11	使用期	年 月 日

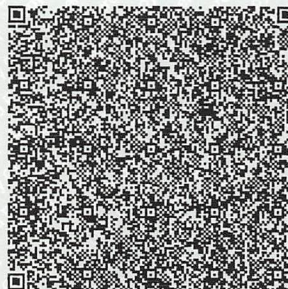
変更 不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
処 方	Rp. 01 バルサルタン口腔内崩壊錠 40mg 1回2錠 (1日 2錠) 1日1回 朝食後 _____日分 (総投与日数14日分) 02 ファモチジン散「トリ」 100mg/g 1回0.1g (1日 0.2g) 1日2回 朝食後・夕食後 _____日分 (総投与日数14日分) 03 ミグリトール口腔内崩壊錠 50mg 1回1錠 (1日 3錠) 1日3回 朝食前・昼食前・夕食前 _____日分 (総投与日数14日分) 04 ファンギゾンシロップ 100mg/mL 1回1mL (1日 3mL) 蒸留水(内用) 1回9mL (1日 27mL) 1日3回 朝食後・昼食後・夕食後 _____日分 (総投与日数7日分) 05 インスリン グラルギンBSリハソ _____本 (総投与量 2本) 1日1回 寝る前 30単位 06 アセトアミノフェン錠 500mg 1錠 痛い時 _____回分 (総投与回数10回分) -----<以下余白>-----

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。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供	
備 考	保険医 署 名 「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。
調 剤 済 年 月 日	平成 年 月 日
公費負担者番号	
公費負担医療の 受給者番号	

項目	検査結果	検査日	項目	検査結果	検査日	項目	検査結果	検査日
WBC	4.70	2020/09/10	ALT	29	2020/09/10	CK	91	2020/09/10
	4.90	2020/08/08		26	2020/08/08		90	2020/08/08
	4.85	2020/07/07		25	2020/07/07		89	2020/07/07
Neut/ μL	3.41	2020/09/10	γGT	155	2020/09/10	CRP	0.19	2020/09/10
	3.53	2020/08/08		152	2020/08/08		0.22	2020/08/08
	3.00	2020/07/07		154	2020/07/07		0.20	2020/07/07
HGB	12.6	2020/09/10	T-BIL	0.8	2020/09/10	HbA1c NGSP	3.7	2020/09/10
	12.5	2020/08/08		0.4	2020/08/08		3.8	2020/08/08
	12.1	2020/07/07		0.5	2020/07/07		3.8	2020/07/07
PLT	238	2020/09/10	CRE	0.71	2020/09/10		5.1	2020/09/10
	246	2020/08/08		0.78	2020/08/08		5.3	2020/08/08
	243	2020/07/07		0.77	2020/07/07		5.0	2020/07/07
AST	35	2020/09/10	eGFR	56.9	2020/09/10			
	37	2020/08/08		57.4	2020/08/08			
	36	2020/07/07		57.6	2020/07/07			

※この二次元コードは処方情報ではなく、検査値情報を含む独自コードです
旭川医大病院薬剤部HP: <http://www.asahikawa-med.ac.jp/hospital/pharmacy/>

マークは特殊インキで印刷してあるため、温度が上がると消えます。(マークをゆびで擦ったり、息を吹きかけたりして温めてください)



検査値QRコード



JAHIS準拠QRコード

院 外 処 方 箋

(1 頁 / 1)

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 2 回目

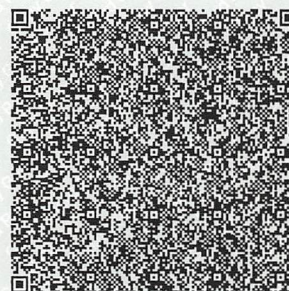
患者番号	9997812	医療機関	旭川医科大学病院
フリガナ	テスト ヤマカミ	住所	旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号
氏名	テスト 山中12	電話番号	(0166) 65-2111
生年月日	昭和60年01月01日	保険医氏名	NEC 臨床医師8
年齢	35歳10ヶ月	発行科名	糖尿病内科
性別	男	印	
被 保 険 者		都道府県	0 1
公 費 負 担 者 番 号		点数表	1
公費負担医療の受給者番号		医療機関	8 0 1 0 2 1 4
交 付 年 月 日	2020/11/11	都道府県	0 1
		点数表	1
		医療機関	8 0 1 0 2 1 4
		被保険者証	
		被保険者手帳の	
		記号・番号	
		記号	
		番号	
		処方箋の	
		使用期	
		年 月 日	
			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。

変更 不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更と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。
処 方	Rp. 01 バルサルタン口腔内崩壊錠 40mg 1回2錠 (1日 2錠) 1日1回 朝食後 _____日分 (総投与日数14日分) 02 ファモチジン散「トワ」100mg/g 1回0.1g (1日 0.2g) 1日2回 朝食後・夕食後 _____日分 (総投与日数14日分) 03 ミグリトール口腔内崩壊錠 50mg 1回1錠 (1日 3錠) 1日3回 朝食前・昼食前・夕食前 _____日分 (総投与日数14日分) 04 ファンギゾンシロップ 100mg/mL 1回1mL (1日 3mL) 蒸留水(内用) 1回9mL (1日 27mL) 1日3回 朝食後・昼食後・夕食後 _____日分 (総投与日数7日分) 05 インスリン グラルギンBSリハペン _____本 (総投与量 2本) 1日1回 寝る前 30単位 06 アセトアミノフェン錠 500mg 1錠 痛い時 _____回分 (総投与回数10回分) -----<以下余白>-----

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。）	
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	
備 考	保険医 署 名 「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。

調 剤 済 年 月 日	平成 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の住所及び名称 保険薬剤師氏名		印	公費負担医療の 受給者番号						

項目	検査結果	検査日	項目	検査結果	検査日	項目	検査結果	検査日
WBC	4.70	2020/09/10		29	2020/09/10		91	2020/09/10
	4.90	2020/08/08	ALT	26	2020/08/08	CK	90	2020/08/08
	4.85	2020/07/07		25	2020/07/07		89	2020/07/07
Neut/ μL	3.41	2020/09/10		155	2020/09/10		0.19	2020/09/10
	3.53	2020/08/08	γGT	152	2020/08/08	CRP	0.22	2020/08/08
	3.00	2020/07/07		154	2020/07/07		0.20	2020/07/07
HGB	12.6	2020/09/10		0.8	2020/09/10		3.7	2020/09/10
	12.5	2020/08/08	T-BIL	0.4	2020/08/08	K	3.8	2020/08/08
	12.1	2020/07/07		0.5	2020/07/07		3.8	2020/07/07
PLT	238	2020/09/10		0.71	2020/09/10	HbA1c	5.1	2020/09/10
	246	2020/08/08	CRE	0.78	2020/08/08	NGSP	5.3	2020/08/08
	243	2020/07/07		0.77	2020/07/07		5.0	2020/07/07
AST	35	2020/09/10		56.9	2020/09/10			
	37	2020/08/08	eGFR	57.4	2020/08/08			
	36	2020/07/07		57.6	2020/07/07			



検査値QRコード



JAHIS準拠QRコード

※この二次元コードは処方情報ではなく、検査値情報を含む独自コードです
旭川医科大学病院薬剤部HP: <http://www.asahikawa-med.ac.jp/hospital/pharmacy/>

マークは特殊インキで印刷してあるため、温度が上がると消色します。(マークをゆびで擦ったり、息を吹きかけたりして温めてください)

院 外 処 方 箋

(1 頁 / 1)

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 3 回目

患者番号	9997812	医療機関	旭川医科大学病院
フリガナ	テスト ヤマカ12	住所	旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号
氏名	テスト 山中12	電話番号	(0166) 65-2111
生年月日	昭和60年01月01日	保険医氏名	NEC 臨床医師8
年齢	35歳10ヶ月	発行科名	糖尿病内科
性別	男		印

被 保 険 者	都道府県	0	1	点数表	1	医療機関	8	0	1	0	2	1	4
公 費 負 担 者 番 号				保 険 者 番 号									
公費負担医療の受給者番号				被保険者証 被保険者手帳の 記号・番号		記号 番号							
交 付 年 月 日	2020/11/11	処 方 箋 の 使 用 期 間		年 月 日									

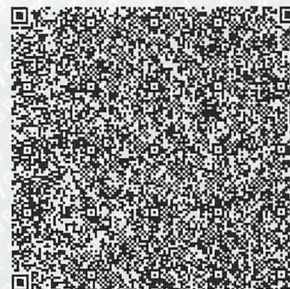
変更 不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
処 方	Rp. 01 バルサルタン口腔内崩壊錠 40mg 1回2錠 (1日 2錠) 1日1回 朝食後 ____日分 (総投与日数14日分) 02 ファモチジン散「トリ」 100mg/g 1回0.1g (1日 0.2g) 1日2回 朝食後・夕食後 ____日分 (総投与日数14日分) 03 ミグリトール口腔内崩壊錠 50mg 1回1錠 (1日 3錠) 1日3回 朝食前・昼食前・夕食前 ____日分 (総投与日数14日分) 04 ファンギゾンシロップ 100mg/mL 1回1mL (1日 3mL) 蒸留水(内用) 1回9mL (1日 27mL) 1日3回 朝食後・昼食後・夕食後 ____日分 (総投与日数7日分) 05 インスリン グラルギンBSリハベン ____本 (総投与量 2本) 1日1回 寝る前 30単位 06 アセトアミノフェン錠 500mg 1錠 痛み時 ____回分 (総投与回数10回分) -----《以下余白》-----

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。）
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供

備考	保険医 署 名 「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。
----	--

調 剤 済 年 月 日	平 成 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の住所及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の 受給者番号							

項目	検査結果	検査日	項目	検査結果	検査日	項目	検査結果	検査日
WBC	4.70	2020/09/10	ALT	29	2020/09/10	CK	91	2020/09/10
	4.90	2020/08/08		26	2020/08/08		90	2020/08/08
	4.85	2020/07/07		25	2020/07/07		89	2020/07/07
Neut/ μL	3.41	2020/09/10	γGT	155	2020/09/10	CRP	0.19	2020/09/10
	3.53	2020/08/08		152	2020/08/08		0.22	2020/08/08
	3.00	2020/07/07		154	2020/07/07		0.20	2020/07/07
HGB	12.6	2020/09/10	T-BIL	0.8	2020/09/10	K	3.7	2020/09/10
	12.5	2020/08/08		0.4	2020/08/08		3.8	2020/08/08
	12.1	2020/07/07		0.5	2020/07/07		3.8	2020/07/07
PLT	238	2020/09/10	CRE	0.71	2020/09/10	HbA1c NGSP	5.1	2020/09/10
	246	2020/08/08		0.78	2020/08/08		5.3	2020/08/08
	243	2020/07/07		0.77	2020/07/07		5.0	2020/07/07
AST	35	2020/09/10	eGFR	56.9	2020/09/10			
	37	2020/08/08		57.4	2020/08/08			
	36	2020/07/07		57.6	2020/07/07			



検査値QRコード



JAHIS準拠QRコード

※この二次元コードは処方情報ではなく、検査値情報を含む独自コードです
旭川医科大学病院薬剤部HP: <http://www.asahikawa-med.ac.jp/hospital/pharmacy/>

マークは特殊インキで印刷してあるため、温度が上がると消えます。(マークをゆびで擦ったり、息を吹きかけたりして温めてください)

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0166-65-2111

FAX番号 0165-65-6114

その他の連絡先

（受付保険薬局情報）

1回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

（印）

調剤年月日

2回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

（印）

調剤年月日

3回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名

（印）

調剤年月日

