

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

ID: 99990248

〒573-0153 茨城県稲毛郡夷川町 2-1-1
 国家公務員共済組合連合会
 茨城県稲毛病院
 TEL: 072-858-8233

公費負担者番号 又は市町村番号	3	1	1	3	1	4	1	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	0	2	7	0	3	5	6	4
	7	5						

氏名
 〒573-0153 茨城県稲毛郡夷川町 2-1-1
 国家公務員共済組合連合会
 茨城県稲毛病院
 TEL: 072-858-8233

保険医療機関の所在地及び名称
 保険医氏名 スーパー (総合内科) (印)
 〒573-0153 茨城県稲毛郡夷川町 2-1-1
 国家公務員共済組合連合会
 茨城県稲毛病院
 TEL: 072-858-8233

交付年月日 平成30年3月15日
 処方せんの使用期限 平成 年 月 日
 処方せんに
 01
 特別記載のある場合を除き、交付の日付を含め
 4日以内に保険薬局に提出してください。

薬名
 【般】プロモジン 1.35%等配合非β₂リ系感冒剤 1g
 食後内服
 ★1日1回 朝食後内服
 以下余白 -----

備考
 保険薬局が調剤時に処方箋を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。)
 保険医療機関へ照会
 保険医療機関へ情報提供
 変更不可 (欄)に「レ」又は「X」を記載し、
 場合は、署名又は記名・押印すること。

調剤年月日	平成	年	月	日
保険薬局の所在地				
保険薬剤師氏名				
公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				

身長: 182cm (測定日: 2016/01/13)
 体重: 85kg (測定日: 2016/01/13)
 性別: 男
 生年月日: 昭和51年7月5日 (41歳)
 体表面積: 2.07m²

血液検査データ (4ヶ月以内の直近の結果)

検査結果	検査結果	単位	検査日
AST (GOT)	10	U/L	2018/3/12
ALT (GPT)	10	U/L	2018/3/12
T-Bil	1.00	mg/dl	2018/3/12
γ-GTP	1.00	mg/dl	2018/3/12
eGFR	67	ml/分/1.73m ²	2018/3/12
CPK (CK)	100	U/L	2018/3/12
CRP	1.00	mg/dl	2018/3/12
K	5.0	mmol/l	2018/3/12
Na	150	mmol/l	2018/3/12
白血球数	3000	H	2018/3/12
血色素	15.0	g/dl	2018/3/12
血小板数	20.0	万/μl	2018/3/12
PT-INR	1.00		2018/3/12
HbA1c	5.0	%	2018/3/12
アミダゾン (AMD)	500	ng/mL	2018/3/12
N-テトラヒドロソリ	500	ng/mL	2018/3/12
ジゴキシン	1.0	ng/ml	2018/3/12
タクロリムス/ECLIA	5.0	ng/ml	2018/3/12
シロスタット	5	ng/ml	2018/3/12
ハルプロ酸ナトリウム	50	μg/mL	2018/3/12
フエトリン	10.0	μg/mL	2018/3/12

患者さんへ

上記の表にはご自身の最新の血液検査結果 (4ヶ月間検査がない場合には点線となります) の一部が表示されています。この検査値を保険薬局の薬剤師が調剤時に確認することで、肝機能・腎機能に依じた投与量の確認や、副作用の早期発見などに活用することができます。

なお、この情報は個人情報に該当いたしますので、保険薬局への開示を望まない方は点線で切り取り、左の処方せんのみを提出してください。

保険薬局の薬剤師の方へ

処方監査、服薬指導の際にご活用下さい。
 個人情報となりしますので、取り扱いには十分に注意し、目的以外の使用はしないで下さい。