

処方せんは、どの保険薬局でも有効です

通信欄

問い合わせ日： 年 月 日

9000077

公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号

保険者番号 3:9 4:0 2:0:2:9:1

手帳の記号・番号 5 1 5 1 4 4 4 4

被保険者証・被保険者番号

氏名 **テスト 老人公害 殿**

生年月日 **昭和10年03月01日 男**

住所 **大牟田市天領町丁100**

電話番号 **TEL:0944-54-8482**

診療科目 **内科**

交付年月日 **平成 26年 03月 31日**

被保険者 **テスト ドクター**

保険医氏名 **テスト ドクター**

診療科目 **内科**

診療時間 **4:19:7:50**

処方せんの使用期間 **平成 年 月 日**

疑義照会

問い合わせ先 **大牟田天領病院診療科受付** TEL: 0944-54-8482 FAX: 0944-41-9280

保険内容 **大牟田天領病院医事課** TEL: 0944-54-8482 FAX: 0944-52-0676

調剤内容・時間外 **大牟田天領病院薬剤部** TEL: 0944-54-8482 FAX: 0944-41-9280

発信元 (所属・氏名・TEL・FAX等) **送信枚数 (本状含む)**

枚

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。

例々の処方箋について、後記医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がある場合、処方箋には、「変更不可」欄に「リ」又は「X」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	01)	ロキソニン錠 60mg	6 錠	
		朝 1錠 1(6時) 1夕 2錠前 1(後夜変更不可)		1日分
	[用法]	5×毎食後・午後4時・眼前		
	02)	テルモベート軟膏0.05%	5 包/本	1本
		1日 2回 塗布		
	[用法]	右わき腹		
	03)	モースターブ20mg	7 枚/袋	1 パック
		1日 1回、1回1枚貼付		
	[用法]	頸部		
	04)	テバズ錠 0.5mg	3 錠	1日分
		カロナール錠 200mg	3 錠	
	[用法]	3×朝夕食後・眼前		
		以下余白		

「変更不可」欄に「リ」又は「X」を記載した場合、署名又は記名・押印すること。

保険医署名 **テスト ドクター** 印

調剤済年月日

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

保険薬局の所在 地及び名称

保険医署名

検査結果

検査項目	検査日	検査値	検査項目	検査日	検査値
WBC	2015/2/23	8.41	K	2015/2/23	4.4
Hb	2015/2/23	14.4	HbA1c	2015/2/23	5.3
Plt	2015/2/23	235	CK	2015/2/23	93
PT(INR)	2015/2/23	1.02			
AST	2015/2/23	22			
ALT	2015/2/23	14			
T-Bil	2015/2/23	0.65			
Cr	2015/2/20	0.97			
eGFR	2015/2/20	62.5			
CRP	2015/2/20	0.07			

疑義照会後、変更がある場合は必ず薬剤部までFAX送信してください。

疑義照会返信 回答

返信日： 年 月 日

送信枚数 (本状含む) 枚