

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号			0	1	0	0	4	1	
公費負担医療 の受給者番号						被保険者資格に係る 記号・番号	1	2	3	4	・	1	2	3	4

氏名	マツダ カンゴ	男	マツダ 病棟97	〒735-8585 広島県安芸郡府中町青崎南2-15 マツダ株式会社 マツダ病院 TEL. 082-565-5000												
性別	昭和 41 年 8 月 27 日生	女	保険医氏名	検証用												
区分	被保険者	被扶養者	3 割	都道府県 番号	3	4	医療機関 番号	1	医療機関 コード	3	2	1	0	0	2	6

交付年月日	令和 7 年 10 月 21 日	処方箋の 使用期間	令和 7 年 10 月 24 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。
-------	------------------	--------------	---

処方	01 【般】クロピドグレル錠75mg 1錠 【般】ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mg 1錠 1日1回 朝食後30分 内服 20日分 02 【般】酸化マグネシウム錠330mg 3錠 1日3回 朝昼夕食後30分 内服 10日分 03 【般】アルファカルシトール錠1μg 1錠 1日1回 朝食後30分 内服 20日分 — — — 以下余白 — — —
方	リフィル可 □ (- 回)

備考	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。) □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
	「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。 保険医署名

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「✓」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	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の 所 在 地 及 び 名 称		公費負担医療 の受給者番号							
保険薬剤師氏名									



2025年10月21日
19時27分33秒

患者さんへ

下記の表には、ご自身の最新の血液検査結果(3ヶ月間検査が無い場合には空欄となります)の一部が表示されています。この検査値は保険薬局での調剤時、当院処方薬の適正使用(肝機能・腎機能に応じた薬の量の適正化や副作用の早期発見など)、服薬説明に活用していただくものです。保険薬局薬剤師にご提示ください。ただし個人情報ですので、保険薬局への開示を望まない方は点線より右をお持ち帰りください。

血液検査データ

(3ヶ月以内の直近の結果)

検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
白血球数			
血色素量			
血小板数			
Seg 実数			
Neutro 実数			
INR			
AST (GOT)			
ALT (GPT)			
T-BiL			
CRE			
eGFR			
CK (CPK)			
HbA1c:NGSP			
Na			
K			
Mg			
Ca			

※当院基準値から外れた際に、H(ハイ)・L(ロー)が表示されます。

基準値

白血球 (35.0-95.0)
血色素量 (男性13.7-17.6、女性11.2-15.0)
血小板数 (14.0-35.0) INR (0.85-1.15)
AST (13-33) ALT (8-42)
T-BiL (0.3-1.2) CRE (男性0.6-1.1、女性0.4-0.7)
CK (男性62-287、女性45-163) HbA1c:NGSP(4.6-6.2)
Na (138-146) K (3.6-4.9)
Mg (1.8-2.4) Ca (8.6-10.4)

目的以外での使用はしないでください。
不明な点はマツダ病院ホームページ薬剤部をご覧ください。

マツダ株式会社マツダ病院