

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	39282173
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	04513461

氏名 福井 亨 女
昭和 4年 1月 3日生
住所 兵庫県川西市火打1丁目4番1号
所在地及び名称 川西市立総合医療センター
ナビダイヤル 0570-01-8199
保険医氏名 田野 伸雄

交付年月日 令和 8年 2月 26日
処方箋の使用期間 令和 8年 3月 1日
調剤回数(調剤回数) 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)

調剤回数(調剤回数) 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)

調剤回数	調剤日	調剤内容	用法	回数	日数
01	1日1回	【般】 フェニトイン徐放錠20mg(24時間持続)	1日1回朝食後 内服	1回	1錠(1日1錠) 28日分
02	1日1回	【般】 ツツジラザール口腔内崩壊錠15mg	1日1回夕食後 内服	1回	1錠(1日1錠) 28日分
03	1日1回	【般】 コセド錠20mg	1日1回朝食後 内服	1回	1錠(1日1錠) 28日分
04	1日1回	【般】 ビロノキサミン錠25mg	1日1回朝食後 内服	1回	2錠(1日2錠) 28日分
05	1日3回	【般】 マロトキゾラックス錠5μg	1日3回朝食夕食後 内服	1回	2錠(1日6錠) 28日分
06	1日1回	【般】 ツツジラザール口腔内崩壊錠20mg	1日1回朝食後 内服	1回	1錠(1日1錠) 28日分
07	1日2回	【般】 コラリン錠0.5mg	1日2回朝食後 内服	1回	1錠(1日2錠) 28日分
08		薬局へ：錠剤一包装			

調剤回数(調剤回数) 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)

調剤回数(調剤回数) 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)

調剤回数(調剤回数) 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)

調剤回数(調剤回数) 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)

検査結果

項目	基準範囲	結果	検査日	項目	基準範囲	結果	検査日
CRE(ケッチニ)	0.65~1.07 mg/dL	1.11 1.00	2026/02/21 2026/01/17	ALB(アルブミン)	4.1~5.1 g/dL	4.1 3.8	2026/02/21 2026/01/17
HbA1c(HCSP)	4.9~6.0 %	5.4 5.6	2026/02/21 2026/01/17	Hb	13.7~16.8 g/dL	10.5 10.5	2026/02/21 2026/01/17
AST(GOT)	13~30 U/L	17 17	2026/02/21 2026/01/17	CK(CPK)	59~248 U/L	103 84	2026/02/21 2026/01/17
ALT(GPT)	10~42 U/L	8 6	2026/02/21 2026/01/17	WBC	3.3~8.6 10 ³ /μL	5.6 4.4	2026/02/21 2026/01/17
TBL(総ビリルビン)	0.4~1.5 mg/dL	0.8 0.7	2026/02/21 2026/01/17	Neu	50~70 %	51.0 48.7	2026/02/21 2026/01/17
CRP	~0.14 mg/dL	0.03 0.02	2026/02/21 2026/01/17	PLT	158~348 10 ³ /μL	219 184	2026/02/21 2026/01/17
Na(ナトリウム)	138~145 mmol/L	138 139	2026/02/21 2026/01/17	PT: INR			
K(カリウム)	3.6~4.8 mmol/L	5.1 4.5	2026/02/21 2026/01/17	UA(尿酸)	3.7~7.8 mg/dL	5.3 4.2	2026/02/21 2026/01/17
Ca(カルシウム)	8.8~10.1 mg/dL	9.3 8.8	2026/02/21 2026/01/17	URN(BUN)	8~20 mg/dL	30 22	2026/02/21 2026/01/17

患者さまへ

- ・お受け取りになりましたら、お名前と内容をお確かめください。
- ・院外の保険薬局にご提出ください。どちらの保険薬局でも有効です。
- ・「かかりつけ薬局」を決めておかれると、便利で安心です。
- ・受診の際は、薬局から交付された「おくすり手帳」と「おくすり説明書」をご持参ください。

保険薬局さまへ

- ・当院は合意書により適合した川西市・猪名川町エリアに存在する薬局と処方最適化プロトコルの運用を行っており、以下の項目については、疑義照会は不要です。
(FAXでの事後報告をお願いします) ※プロトコル対象薬に限る
 - ①薬事承認された用法以外の用法が処方箋に記載されている場合の用法変更
 - ②アドヒアランス改善等を目的とした分割、粉砕、混合又は一包装
 - ③湿布薬や軟膏類での包装単位の変更(合計処方量が変わらない場合)
 - ④週1回又は月1回服用する製剤の処方日数の適正化
- ・当院は長期収載品、局方品などの「一般名処方の対象外」となる薬剤については、一般名でなく商品名の処方となっていますが、一般名処方として調剤可としています。
例) レバミピド錠100mg 「〇〇」 → 【般】 レバミピド錠100mg として調剤可

川西市立総合医療センター

〒666-0017 兵庫県川西市火打1丁目4番1号

処方箋に関する問い合わせ ナビダイヤル：0570-01-8199 FAX：072-789-8188

