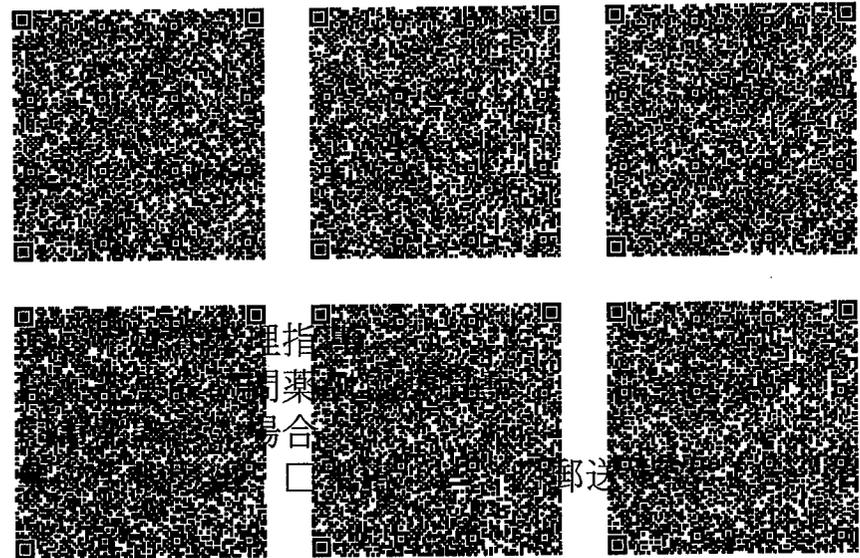


診療科：血液・腫瘍内科

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

処方せんの使用期間は交付日を含めて4日間です。  
これには、休日や祝日が含まれますので、使用期間が過ぎないように  
ご注意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。



血液検査結果の一部を掲載しています。

結果を見てもらうことで以下の利点があります。  
作用の早期発見ができる場合があります。  
お薬を減らす方が良い場合があります。

### 検査結果

| 検査名         | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|-------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| C反応性蛋白(CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)   | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)   | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| アルブミン(ALB)  | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| クレアチニン      | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR       | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素      | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球(WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板(PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%        | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR      | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |

|                  |                    |          |
|------------------|--------------------|----------|
| 公費負担者番号          | 保険者番号              | 39282041 |
| 公費負担医療<br>の受給者番号 | 被保険者資格に係る<br>記号・番号 | 06948194 |

氏名 **宇和川 威** 02437900 (男) 保険医療機関の 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1  
所在地及び名称 市立芦屋病院  
電話番号 0797-31-2156  
昭和10年 3月 6日生 90歳11ヶ月 保険医氏名 水木 満佐央

区分 被保険者 被扶養者 2割 都道府県番号 28 点数表番号 1 医療機関コード 100002

交付年月日 令和 8年 2月 25日 処方箋の 令和 8年 2月 28日  
使用期間 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 モビコール配合内用剤LD 6.8523g 2包  
分1 昼食後  
増量は2日以上の間隔をあけて行い、増量幅は1日量  
としてLD2包最大投与量は1日量としてLD6包まで (1  
回量としてLD4包まで)  
適宜減量中止可です 2023/03/24  
【当院血液腫瘍内科】  
14日分  
--- 次頁あり ---

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。)  
□保険医療機関へ展覧照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供

備考 (高8) 「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<br>所在地<br>及び名称 |          | 公費負担医療<br>の受給者番号 |  |
| 保険薬剤師氏名              |          |                  |  |

診療科：血液・腫瘍内科

(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          | 3        | 9 | 2 | 8 | 2 | 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 | 06948194 |   |   |   |   |   |   |   |

氏名 **ウカワリ タツ** 02437900 **宇和川 威** **男**  
**昭和10年 3月 6日生 90歳11ヶ月** **女**  
 保険医療機関の所在地及び名称 **兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1 市立芦屋病院**  
 電話番号 **0797-31-2156**  
 保険医氏名 **水木 満佐央**

区分 **被保険者 被扶養者** **2割** 都道府県番号 **28** 内数表番号 **1** 医療機関コード **10000021**  
 交付年月日 **令和 8年 2月 25日** 処方箋の使用期間 **令和 8年 2月 28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                                  | 02 | テノタスチュアブル配合錠<br>分1 朝食後<br>当院 整形外科                 | 2錠 | 14日分 |
| 処方                                  | 03 | シロトシノD錠4mg「DSEP」<br>当院のみで処方。<br>分2 朝夕食後<br>坂本泌尿器科 | 2錠 | 14日分 |
| リフィル可 <input type="checkbox"/> (-回) |    |   |    |      |

備考 **高8**  
 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 **39282041**  
 公費負担医療の受給者番号 **06948194**  
 所在地及び名称 **市立芦屋病院**  
 保険薬剤師氏名 **Ⓜ**

処方せんの使用期間は交付日を含めて**4日間**です。  
これには、**休日や祝日**が含まれますので、使用期間が過ぎないように  
ご注意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。

- 居宅療養管理指導
- 在宅患者訪問薬剤管理指導
- 電話診察の場合
- 薬の受取方法  来店 /  郵送希望

下記に最近の血液検査結果の一部を掲載しています。

薬局で血液検査の結果を見てもらうことで以下の利点があります。  
血液検査の結果で副作用の早期発見ができる場合があります。  
腎臓の状態によってお薬を減らす方が良い場合があります。

### 検査結果

| 検査名          | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|--------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| C反応性蛋白 (CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)    | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)    | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| アルブミン (ALB)  | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| クレアチニン       | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR        | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素       | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球 (WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板 (PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%         | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR       | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |

診療科：血液・腫瘍内科

(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          | 3 | 9 | 2 | 8 | 2 | 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 | 0 | 6 | 9 | 4 | 8 | 1 | 9 | 4 |

|      |                         |          |    |   |                |                           |
|------|-------------------------|----------|----|---|----------------|---------------------------|
| 氏名   | ウカワリ タカ<br><b>宇和川 威</b> | 02437900 | 性別 | 男 | 保険医療機関の所在地及び名称 | 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1<br>市立芦屋病院 |
| 生年月日 | 昭和10年 3月 6日生            | 90歳11ヶ月  | 性別 | 女 | 電話番号           | 0797-31-2156              |
| 区分   | 被保険者                    | 被扶養者     | 2  | 割 | 都道府県番号         | 28                        |
|      |                         |          |    |   | 市区町村番号         | 1                         |
|      |                         |          |    |   | 医療機関コード        | 10000021                  |

交付年月日 令和 8年 2月 25日  
 処方箋の使用期間 令和 8年 2月 28日  
 特記事項 特記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 | 04 | バク配合錠                  | 1錠   | 4日分  |
|    |    | 分1 昼食後                 |      |      |
|    |    | 水、土曜に服用                |      |      |
|    | 05 | アスコピル錠200mg「サロイ」       | 1錠   | 14日分 |
|    |    | 分1 昼食後                 |      |      |
|    | 06 | エソメプラゾールカプセル20mg「ケミファ」 | 1cap | 14日分 |
|    |    | 分1 朝食後                 |      |      |
|    |    | --- 次頁あり ---           |      |      |

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

備考 (高8) 「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      |          |              |  |  |  |  |

処方せんの使用期間は交付日を含めて**4日間**です。  
 これには、**休日や祝日**が含まれますので、使用期間が過ぎないようにご注意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。

- 居宅療養管理指導
  - 在宅患者訪問薬剤管理指導
  - 電話診察の場合
- 薬の受取方法  来店 /  郵送希望

下記に最近の血液検査結果の一部を掲載しています。

薬局で血液検査の結果を見てもらうことで以下の利点があります。  
 血液検査の結果で副作用の早期発見ができる場合があります。  
 腎臓の状態によってお薬を減らす方が良い場合があります。

### 検査結果

| 検査名         | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|-------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| C反応性蛋白(CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)   | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)   | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| アルブミン(ALB)  | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| クレアチニン      | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR       | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素      | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球(WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板(PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%        | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR      | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |

診療科：血液・腫瘍内科

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

処方せんの使用期間は交付日を含めて4日間です。  
これには、休日や祝日が含まれますので、使用期間が過ぎないように  
ご注意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。

- 居宅療養管理指導
  - 在宅患者訪問薬剤管理指導
  - 電話診察の場合
- 薬の受取方法  来店 /  郵送希望

下記に最近の血液検査結果の一部を掲載しています。

薬局で血液検査の結果を見てもらうことで以下の利点があります。  
血液検査の結果で副作用の早期発見ができる場合があります。  
腎臓の状態によってお薬を減らす方が良い場合があります。

### 検査結果

| 検査名          | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|--------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| C反応性蛋白 (CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)    | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)    | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| アルブミン (ALB)  | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| クレアチニン       | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR        | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素       | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球 (WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板 (PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%         | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR       | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| 公費負担者番号   |   | 保険者番号              | 39282041  |
| 公費負担医療<br>の受給者番号  |   | 被保険者資格に係る<br>記号・番号 | 06948194  |
| 氏名  | ウカワ タシ<br>宇和川 威   | 性別                 | 男   |
| 生年月日  | 昭和10年 3月 6日生 90歳11ヶ月  | 保険医療機関の<br>所在地及び名称 | 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1<br>市立芦屋病院                                 |
| 交付年月日   | 令和8年 2月 25日   | 処方箋の<br>使用期間       | 令和8年 2月 28日<br>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて<br>4日以内に保険薬局に提出すること。 |
| 処方  | <p>朝々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には「変更不可」欄に「✓」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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」または「×」を記載すること。</p> <p>07 フルコナゾールカプセル100mg「サライ」 1cap 14日分<br/>分1 昼食後</p> <p>08 プレドニゾロン錠「タケダ」5mg 1錠<br/>プレドニゾロン錠1mg(旭化成) 3錠<br/>分1 朝食後<br/>11/1-9mg ; 11/14-8mg 14日分</p> <p>09 アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」 6錠<br/>分4 毎食後と眠前 14日分<br/>- - - 次頁あり - - -</p> <p>リフィル可 <input type="checkbox"/> (-回)</p> |                    |   |
| 備考  | <p>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。）<br/><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>「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。<br/>保険医署名 </p>  |                    |   |
| 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。） | <p>□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）<br/>次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）</p>  |                    |   |
| 調剤済年月日  | 令和 年 月 日  | 公費負担者番号            |   |
| 保険薬局の<br>所在地<br>及び名称<br>保険薬剤師氏名                           |   | 公費負担医療<br>の受給者番号   |   |

診療科：血液・腫瘍内科

(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          | 39282041 |
| 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 | 06948194 |

|       |                        |          |                    |                |                           |
|-------|------------------------|----------|--------------------|----------------|---------------------------|
| 氏名    | ウガワ タシ<br><b>宇和川 威</b> | 02437900 | Ⓜ                  | 保険医療機関の所在地及び名称 | 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1<br>市立芦屋病院 |
| 性別    | 女                      | 生年月日     | 昭和10年3月6日生 90歳11ヶ月 | 電話番号           | 0797-31-2156              |
| 保険医氏名 | 水木 満佐央                 | 保険医氏名    | 水木 満佐央             | 〒              | 〒                         |
| 区分    | 被保険者 被扶養者              | 2        | 割                  | 郡道府県番号         | 28                        |
|       |                        |          |                    | 点数表番号          | 1                         |
|       |                        |          |                    | 医療機関コード        | 10000021                  |

|       |              |          |  |
|-------|--------------|----------|--|
| 交付年月日 | 令和 8年 2月 25日 | 処方箋の使用期間 | 令和 8年 2月 28日<br>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 | 10 | 塩化ナトリウム「オツカ」<br>分3 毎食後     | 6g | 14日分 |
|    | 11 | ツートラム錠25mg<br>分2 朝夕食後      | 8錠 | 14日分 |
|    | 12 | ｸﾘｰｼﾞ ｴOD錠2.5mg<br>分2 朝夕食後 | 2錠 | 14日分 |
|    |    | — — — 次頁あり — — —           |    |      |

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。)<br><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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。<br>保険医署名 <span style="float:right">Ⓜ</span>   |

|  |   |
|--|---|
| 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      |          |              |  |

処方せんの使用期間は交付日を含めて**4日間**です。  
これには、**休日や祝日**が含まれますので、使用期間が過ぎないように  
ご注意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。

- 居宅療養管理指導
- 在宅患者訪問薬剤管理指導
- 電話診察の場合
- 薬の受取方法  来店 /  郵送希望

下記に最近の血液検査結果の一部を掲載しています。

薬局で血液検査の結果を見てもらうことで以下の利点があります。  
血液検査の結果で副作用の早期発見ができる場合があります。  
腎臓の状態によってお薬を減らす方が良い場合があります。

### 検査結果

| 検査名          | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|--------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| c反応性蛋白 (CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)    | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)    | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| ｱﾙﾌﾞﾐﾝ (ALB) | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| ｸﾚｱﾃﾆﾝ       | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR        | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素       | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球 (WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板 (PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%         | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR       | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |

診療科：血液・腫瘍内科

(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          | 3 | 9 | 2 | 8 | 2 | 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 | 0 | 6 | 9 | 4 | 8 | 1 | 9 | 4 |

氏名 **宇和川 威** (男) 02437900  
 生年月日 昭和10年 3月 6日生 90歳11ヶ月  
 所在地 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1  
 所在地及び名称 市立芦屋病院  
 電話番号 0797-31-2156  
 保険医氏名 水木 満佐央

交付年月日 令和 8年 2月 25日  
 処方箋の使用期間 令和 8年 2月 28日  
 特記事項 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 | 13 | セレキシブ錠200mg「サワイ」<br>分2 朝夕食後<br>当院 血液腫瘍内科      | 1錠 | 14日分 |
|    | 14 | ツムラ補中益気湯エキス顆粒 2.5g包<br>分2 朝夕食前                | 2包 | 14日分 |
|    | 15 | ポラプレゾンOD錠75mg「サワイ」<br>分2 朝夕食後<br>--- 次頁あり --- | 2錠 | 14日分 |

備考  
 高8  
 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  
 公費負担医療の受給者番号  
 保険薬局の所在地及び名称  
 保険薬剤師氏名

処方せんの使用期間は交付日を含めて**4日間**です。  
 これには、休日や祝日が含まれますので、使用期間が過ぎないように  
 ご留意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。

- 居宅療養管理指導
- 在宅患者訪問薬剤管理指導
- 電話診察の場合
- 薬の受取方法  来店 /  郵送希望

下記に最近の血液検査結果の一部を掲載しています。

薬局で血液検査の結果を見もらうことで以下の利点があります。  
 血液検査の結果で副作用の早期発見ができる場合があります。  
 腎臓の状態によってお薬を減らす方が良い場合があります。

### 検査結果

| 検査名         | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|-------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| c反応性蛋白(CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)   | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)   | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| アルブミン(ALB)  | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| クレアチニン      | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR       | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素      | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球(WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板(PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%        | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR      | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |

引換番号：758136

診療科：血液・腫瘍内科

(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          | 39282041 |
| 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 | 06948194 |

氏名 **宇和川 威** 02437900 (男) 女  
 生年月日 **昭和10年 3月 6日生 90歳11ヶ月**  
 保険医療機関の所在地及び名称 **兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1 市立芦屋病院**  
 電話番号 **0797-31-2156**  
 保険医氏名 **水木 満佐央**

区分 **被保険者 被扶養者 2割** 都道府県番号 **28** 原簿表番号 **1** 医療機関コード **10000021**  
 交付年月日 **令和 8年 2月 25日** 処方箋の発行期間 **令和 8年 2月 28日**  
 特記事項 **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 16 エンシュア・H 250mL 1本  
 必要につき処方。 14日分  
 分1 1日1回  
 --- 以下余白 ---  
 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  
 (高8) 「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 (印)

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 (印)

処方せんの使用期間は交付日を含めて**4日間**です。これには、**休日や祝日**が含まれますので、使用期間が過ぎないようにご注意ください。

下記バーコードには薬品情報等含んでおります。

- 居宅療養管理指導
- 在宅患者訪問薬剤管理指導
- 電話診察の場合
- 薬の受取方法  来店 /  郵送希望

下記に最近の血液検査結果の一部を掲載しています。

薬局で血液検査の結果を見てもらうことで以下の利点があります。血液検査の結果で副作用の早期発見ができる場合があります。腎臓の状態によってお薬を減らす方が良い場合があります。

| 検査名          | 基準値         | 検査結果  | 単位                   | 検査日        |
|--------------|-------------|-------|----------------------|------------|
| c反応性蛋白 (CRP) | 0.00 ~ 0.14 | 1.00  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| AST (GOT)    | 13 ~ 30     | 13    | U/L                  | 2026/02/25 |
| ALT (GPT)    | 10 ~ 42     | 8     | U/L                  | 2026/02/25 |
| アルブミン (ALB)  | 4.1 ~ 5.1   | 3.3   | g/dL                 | 2026/02/25 |
| クレアチニン       | 0.65 ~ 1.07 | 0.52  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| e GFR        | 90.0 ~      | 109.1 | mL/min               | 2026/02/25 |
| 血中尿素窒素       | 8.0 ~ 20.0  | 23.9  | mg/dL                | 2026/02/25 |
| 白血球 (WBC)    | 33.0 ~ 86.0 | 60.4  | X10 <sup>2</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 血小板 (PLT)    | 15.8 ~ 34.8 | 20.7  | X10 <sup>4</sup> /μL | 2026/02/25 |
| 好中球%         | 40 ~ 71     | 89.5  | %                    | 2026/02/25 |
| PT-INR       | 0.90 ~ 1.20 | 1.36  |                      | 2022/06/13 |