

化学療法に関する処方箋には服用開始日とレジメン名称を印字しております

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
分割指示に係る処方箋 〃分割の 〃回目											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日		男・女	電話番号							
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号		点数表番号	医療機関コード				
交付年月日		平成 年 月 日		処方箋の使用期間		平成 年 月 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	変更不可 (個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「レ」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。)										
	01 ティーエスワン配合カプセルT20(20mg) 6C 21日分 2×朝夕食後 以下余白										
備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)			レジメン名称 13 SOX							
	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「レ」又は「×」を記載すること。) <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										
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

患者様へ

- ・「院外処方せん」の有効期限は、
交付日を含めて「4日以内(日曜・祝日も含みます)」です。
- ・有効期限を過ぎた「院外処方せん」は使用できません。
- ・再発行は有料になります。紛失等されませぬように取り扱いにご注意ください。
- ・身体情報と検査情報は、お薬をより適正に使用するために使用させていただきます。

身長	167 cm	体重	53.1 kg	体表面積	1.54 m ²
測定日	2018/06/11	測定日	2018/06/11		

項目	基準範囲	検査日(本日より90日以内で直近の検査日3日分を掲載)		
		2018/05/07	2018/05/21	2018/06/11
WBC	3.3~8.6 ×10 ³ /μL	***	4.3	4.6
Neut	45~60 %	***	57.9	60.7
		***	15.3	15.5
		***	182	180
		1.03	***	***
AST	13~30 U/L	***	24	37
ALT	10~42 U/L	***	20	28

服用開始日

がん腫記号 13 レジメン名 SOX

レジメンの内容は「Topページ」

→「がん治療センター」

→「採用レジメン一覧」をご覧ください
がん腫番号からがん腫を確認できます