

院外処方せんにおける QRコード印字のお知らせ

2021年4月1日(水)より、院外処方せんが下記のように変更になります
左側が処方せん欄となり、右側に読み取り用のQRコードが印字されます。

※読み取り用のQRコードの印字は、保険薬局と連携し、患者様への
より安全で安心な医療(薬物治療)の提供を目的とします。

オーダー番号: 38324296 第01版		処 方 箋		1/2	
出力時刻: 20:08:47 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)		公費負担番号 又は市町村番号		保険者番号 0 0 0 0 0 0	
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		(枝番)	
氏名 アスト イゾラ てすと 医事05 様 昭和50年01月01日 46才 男性		保険医療機関の 所在地及び名称 水戸市三の丸3-12-48 水戸赤十字病院		電話番号 029-221-5177	
区分 被保険者		負担割合 3割		診療科名 内科 保険医氏名 インテック谷畑	
交付年月日 令和3年03月24日		処方箋の 使用期間 令和3年03月27日		<p>【患者さんへ】</p> <ol style="list-style-type: none"> この処方せんは、全国どこの保険薬局でも有効です。 この処方せんの使用期間は 交付日を含めて4日以内 です。 切り離さずに保険薬局へお持ちください。 	
変更不可 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「レ」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		1) コルヒチン錠 0.5mg 2錠 1回1錠 (1日2錠) ・ ・ ・ 1日2回 朝・夕 食後 ・ ・ ・ 2021/03/24(水) 63日分			
方		2) プレドニン錠 5mg 1錠 1回1錠 (1日1錠) ・ ・ ・ 1日1回 朝 食後 ・ ・ ・ 2021/03/24(水) 63日分			
備		3) プレドニゾン錠 1mg 2錠 1回2錠 (1日2錠) ・ ・ ・ 1日1回 朝 食後 ・ ・ ・ 2021/03/24(水) 63日分			
考		4) リセドロン酸Na錠 17.5mg「サワイ」 1錠 1回1錠 (1日1錠) 週1回服用 ・ ・ ・ 1日1回 起床時 ・ ・ ・ 2021/03/24(水) 9日分			
調剤済年月日		公費負担者番号		<input type="checkbox"/> 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「X」を記載すること。 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ残薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ残薬提供	
保険薬局の 所在地及び 名称 保険薬剤師 氏名		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		<input type="checkbox"/> 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して 下さい。	

開始日: 令和3年4月1日(木)

