


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 イゾム 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	
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		保険医氏名 インテック谷畑	
変更不可 <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 1回1錠 (1日2錠) ・・・1日2回 朝・夕 食後 ・・・2021/03/24(水)	2錠	63日分	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">  </div>	
	2) プレドニン錠 5mg 1回1錠 (1日1錠) ・・・1日1回 朝 食後 ・・・2021/03/24(水)	1錠	63日分		
	3) プレドニゾロン錠 1mg 1回2錠 (1日2錠) ・・・1日1回 朝 食後 ・・・2021/03/24(水)	2錠	63日分		
	4) リセドロン酸Na錠 17.5mg「サワイ」 1回1錠 (1日1錠) 週1回服用 ・・・1日1回 起床時 ・・・2021/03/24(水)	1錠	9日分		
- 次ページへ続く -					
備 薬 考		保険医署名 <input type="checkbox"/>		「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	
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					
調剤済年月日		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		公費負担医療又は 老人医療の受給者番号 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して 下さい。			

【患者さんへ】

1. この処方せんは、全国どこの保険薬局でも有効です。
2. 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。
3. 切り離さずに保険薬局へお持ちください。



開始日: 令和3年4月1日(木)