

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効ではありません。)

公費負担番号		保険者番号		0	1	2	3	4	5					
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	123・456											
患者氏名	フリガナ	クスリノ 薬野 鑑査郎	東京都新宿区四谷3丁目3-1-1											
	氏名	薬野 鑑査郎	東京医療機関の所在地及び名称											
生年月日	昭和31年11月11日(62歳)	男	医療法人 間違画クリニック											
	区分	本人	負担割合	3割				電話番号	0123-456-7890					
交付年月日	令和〇年〇月〇日	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。	都道府県番号	0	1	点数表番号	1	医療機関コード	0	1	2	3	4	5
処方箋の使用期間			保険医師名 間違画 杉郎											
変更不可	個々の処方薬について後発医薬品への変更にし支えがある場合、☒を入れ記名・押印する。													
処方	Rp.1	タケキャブ錠10mg											1錠	
		アイミクス配合錠HD											1錠	
		【般】ロスバスタチン錠2.5mg											1錠	
		1日1回 朝食後											30日分	
Rp.2	【般】メトホルミン錠250mg:MT											2錠		
	1日2回 朝夕食後											30日分		
Rp.3	ルネスタ錠1mg											1錠		
	ベルソムラ錠15mg											1錠		
	1日1回 寝る前											30日分		
Rp.4	イルトラ配合錠HD											1錠		
	1日1回 朝食後											30日分		
		[以下余白]												
備考	「変更不可」欄に×を記載した場合は記名・押印すること。													
	保険医署名	①												
	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「☒」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													
調剤済年月日														
所在地	公費負担番号													
薬局名	公費負担医療の受給者番号													
調剤薬剤師														

## 第3回:処方鑑査テスト

制限時間は60秒です。  
このまま投薬「するか」「しないか」を判断してください。  
投薬しない場合、どの医薬品の添付文書を確認するかまで分かれば正解とします。具体的な不備内容が分かった場合は大正解とします。

## 前回処方からの変更点

- ・イルトラ配合錠HD(新規処方)

## 基本情報

ジェネリック希望	希望する	アレルギー	サバ
電子お薬手帳	なし	嗜好品	タバコ
薬剤師の希望	なし	日常動作	なし
介護認定の有無	なし	妊娠・授乳	—
薬局への希望	なし		

## 疾患・薬剤情報

既往歴	なし
副作用歴	レボフロキサシン:薬疹
併用薬	タプロス点眼液0.0015% (急性閉塞隅角緑内障ではない)

## 前回の薬歴・次回服薬指導計画

- S: 体調はいつもどおり、特に変わったことはない  
O: 定期薬DO、BP140—90程度  
A: 継続服用指導  
P: 引き続き飲み忘れなく継続するよう指導  
N: 塩分摂取は問題ないか?

現役薬剤師がお届けするお薬の指導せん

薬わかる—指導せん—

答えはコチラへ ⇒⇒

