

# ～院外処方せんの検査結果表示について～

## 検査結果あり処方箋(サンプル)

Page 1/1  
(この処方せんは、どの検査機関でも有効です。)

患者番号 0008666017 **処方せん (院外用)** No. 2534

交付年月日 平成26年04月21日

テスト名 **テスト 2** 性別 **女**

氏名 **昭と43年01月01日** 年齢 **46.3** 性別 **女**

生年月日 **昭和43年01月01日** 身長 **160** 体重 **60**

科名 **循環器内科**

検査項目 検査日 結果値

WBC	2014/04/21	9.39
Hb	2014/04/21	12.2
Ht	2014/04/21	474
PT(INR)	2014/04/21	1.50
AST	2014/04/21	23
ALT	2014/04/21	10
TBil	2014/04/21	0.85
Cr	2014/04/16	0.96
eGFR	2014/04/21	44.7
CRP	2014/04/21	1.49
K	2014/04/21	4.8
HbA1c	2014/04/01	5.6

処方せんの使用期間 平成26年04月24日

1) (先)ムコスタ錠 100mg (100mg) 3錠 3日分  
・・・3×朝昼夕食後

以下余白

編考 保険医署名

調剤年月日 平成 年 月 日

調剤薬局の所在地 調剤薬局名

## 検査結果なし処方箋(サンプル)

Page 1/1  
(この処方せんは、どの検査機関でも有効です。)

患者番号 0008666017 **処方せん (院外用)** No. 2535

交付年月日 平成26年04月21日

テスト名 **テスト 2** 性別 **女**

氏名 **昭と43年01月01日** 年齢 **46.3** 性別 **女**

生年月日 **昭和43年01月01日** 身長 **160** 体重 **60**

科名 **循環器内科**

検査項目 検査日 結果値

WBC		
Hb		
Ht		
PT(INR)		
AST		
ALT		
TBil		
Cr		
eGFR		
CRP		
K		
HbA1c		

処方せんの使用期間 平成26年04月24日

1) (先)ムコスタ錠 100mg (100mg) 3錠 3日分  
・・・3×朝昼夕食後

以下余白

編考 保険医署名

調剤年月日 平成 年 月 日

調剤薬局の所在地 調剤薬局名

※検査結果は印字しておりません。必要に応じて記載してください。