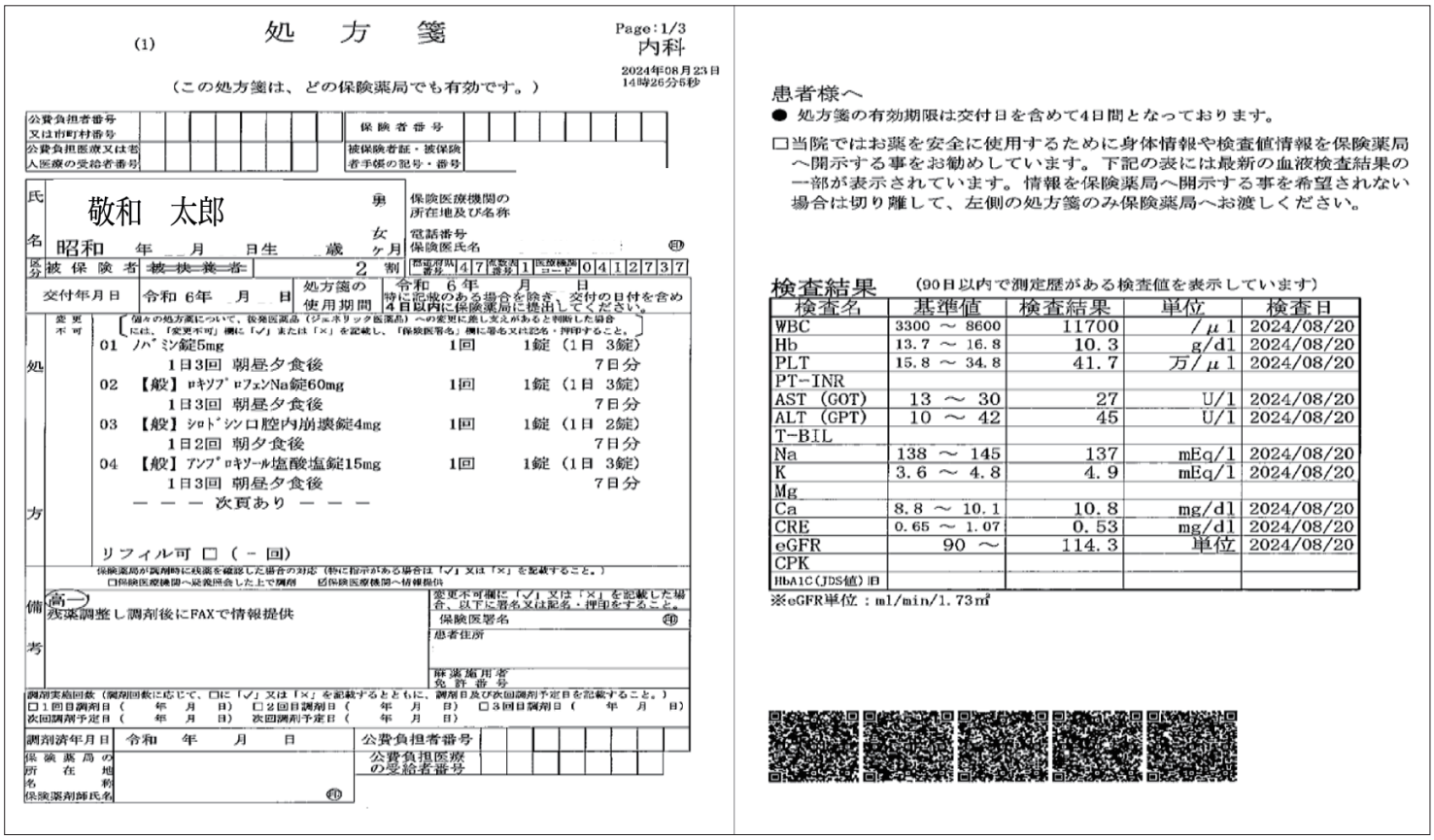
2024 年 9 月 25 日（水）

院外処方せんへの検査値の表示について

地域の保険薬局と連携して、患者さんへより安全で適切な薬物治療を提供することを目的に、令和 6 年 10 月 1 日より院外処方せんに検査値の一部を表示することになりました。

処方せんに検査値が表示されることで期待される内容

- 検査値に基づく用法・用量の確認、代替案の提案
- 副作用の未然回避・重篤化回避
- 腎機能・肝機能低下の患者さんへの禁忌薬剤投与回避



(1) 処　方　箋　　Page:1/3

内科

2024年08月23日
14時26分5秒

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号又は市町村番号
公費負担医療又は老人医療の受給者番号
保険者番号
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

氏名　敬和　太郎　男　女
昭和　年　月　日生　歳　ヶ月

保険医療機関の所在地及び名称
電話番号
保険医氏名　㊞

区分　被保険者　~~被扶養者~~　2　割
都道府県番号 47　医療機関番号 1　医療機関コード 0412737

交付年月日　令和 6年　月　日
処方箋の使用期間　令和 6年　月　日
特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。

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には、「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）

01　ﾉﾊﾞﾐﾝ錠5mg　1回　1錠（1日 3錠）
1日3回 朝昼夕食後　7日分
02　【般】ﾛｷｿﾌﾟﾛﾌｪﾝNa錠60mg　1回　1錠（1日 3錠）
1日3回 朝昼夕食後　7日分
03　【般】ｼﾛﾄﾞｼﾝ口腔内崩壊錠4mg　1回　1錠（1日 2錠）
1日2回 朝夕食後　7日分
04　【般】ｱﾝﾌﾟﾛｷｿｰﾙ塩酸塩錠15mg　1回　1錠（1日 3錠）
1日3回 朝昼夕食後　7日分
－－－ 次頁あり －－－

リフィル可 □（－回）

備考
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「✓」又は「×」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
高一
残薬調整し調剤後にFAXで情報提供

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。
保険医署名　㊞
患者住所
麻薬施用者免許番号

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□1回目調剤日（　年　月　日）　□2回目調剤日（　年　月　日）　□3回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日　令和　年　月　日
公費負担者番号
公費負担医療の受給者番号
保険薬局の所在地名称
保険薬剤師氏名　㊞

患者様へ

● 処方箋の有効期限は交付日を含めて4日間となっております。

□当院ではお薬を安全に使用するために身体情報や検査値情報を保険薬局へ開示する事をお勧めしています。下記の表には最新の血液検査結果の一部が表示されています。情報を保険薬局へ開示する事を希望されない場合は切り離して、左側の処方箋のみ保険薬局へお渡しください。

検査結果　（90日以内で測定歴がある検査値を表示しています）

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	3300 ～ 8600	11700	/μl	2024/08/20
Hb	13.7 ～ 16.8	10.3	g/dl	2024/08/20
PLT	15.8 ～ 34.8	41.7	万/μl	2024/08/20
PT-INR				
AST (GOT)	13 ～ 30	27	U/l	2024/08/20
ALT (GPT)	10 ～ 42	45	U/l	2024/08/20
T-BIL				
Na	138 ～ 145	137	mEq/l	2024/08/20
K	3.6 ～ 4.8	4.9	mEq/l	2024/08/20
Mg				
Ca	8.8 ～ 10.1	10.8	mg/dl	2024/08/20
CRE	0.65 ～ 1.07	0.53	mg/dl	2024/08/20
eGFR	90 ～	114.3	単位	2024/08/20
CPK				
HbA1C(JDS値)旧				

※eGFR単位：ml/min/1.73㎡

検査結果を保険薬局へ伝えたくない場合は、処方せんの中央線から切り離し、左側（処方箋）のみ提出してください。

社会医療法人敬愛会 敬和医院