薬局向け

電子カルテ更新に伴い、院外処方箋に検査値の表示を開始します

令和 5 年 12 月

平素は当院が発行する院外処方箋に応需頂きありがとうございます。

この度、処方監査に必要な情報として患者さんの検査値の一部を院外処方箋に記載することといたしました。記載される検査値は過去 90 日以内に測定された直近の値です。(90 日以内に測定された値がない場合は、空欄となります)。また、処方箋様式についても A5(タテ)から A4(ヨコ)に変更となります。

新様式処方箋発行日　令和 6 年 1 月 15 日より

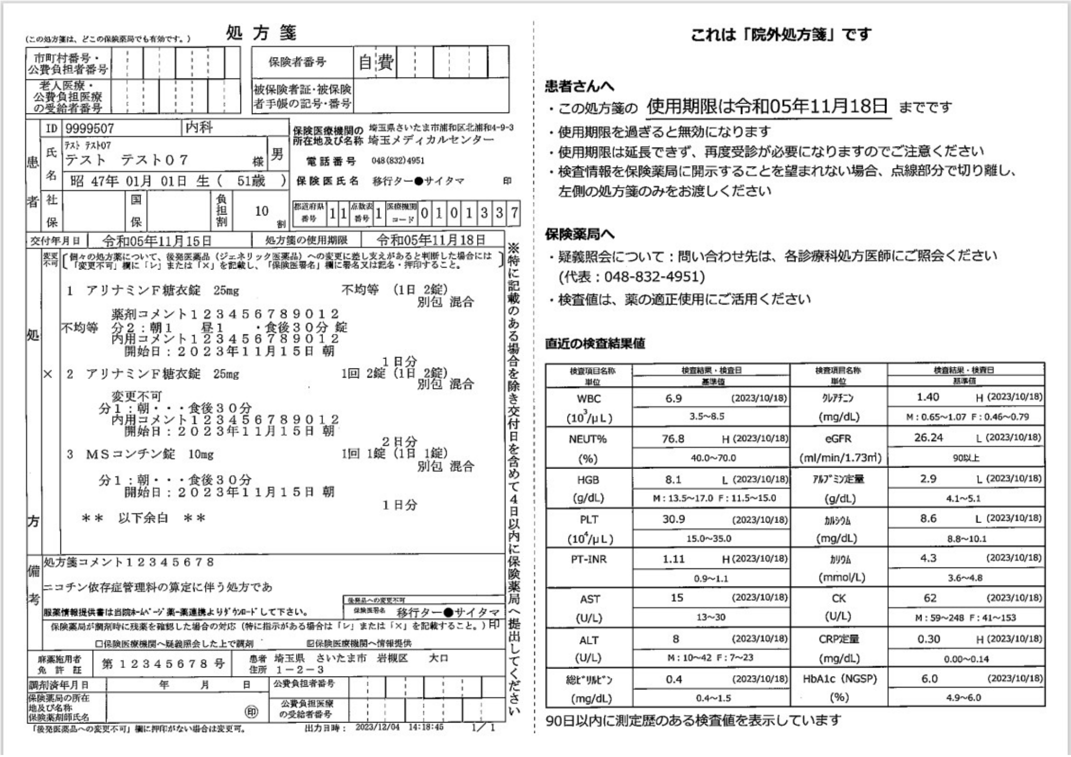
様式の見本および記載される検査項目については、以下をご覧ください。基準値については表中に記載されます。

保険薬局にて患者さんの検査値を参照し処方鑑査を行っていただくことで、より適正で安全な薬物療法推進につながるものと考えます。保険薬局各位のご理解・ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

記載される検査値

WBC（白血球数），NEUT（好中球），HGB（ヘモグロビン値），PLT（血小板数），PT-INR，AST，ALT，総ビリルビン値，血清 Cr（血清クレアチニン値），eGFR（推算糸球体濾過速度），アルブミン定量，　Ca（血清カルシウム値），K（血清カリウム値），CK（クレアチンキナーゼ），CRP 定量，HbA1c（ヘモグロビン A1c）

院外処方箋様式



処 方 箋

(この処方箋は、どこの保険薬局でも有効です。)

市町村番号・公費負担者番号		保険者番号	自費
老人医療・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	

患者
ID 9999507　内科
氏名 ﾃｽﾄ ﾃｽﾄ07
テスト　テスト０７　様　男
昭 47年 01月 01日 生（　51歳　）
社保　国保　負担割 10 割

保険医療機関の所在地及び名称 埼玉県さいたま市浦和区北浦和4-9-3 埼玉メディカルセンター
電話番号 048(832)4951
保険医氏名 移行ター●サイタマ　印

都道府県番号 1 1　点数表番号 1　医療機関コード 0 1 0 1 3 3 7

交付年月日 令和05年11月15日　処方箋の使用期限 令和05年11月18日

処方
変更不可［個々の処方薬について、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「レ」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。］

```
    1  アリナミンF糖衣錠  25mg                 不均等  (1日 2錠)
                                                      別包 混合
          薬剤コメント１２３４５６７８９０１２
   不均等 分２：朝１    昼１    ・食後３０分 錠
          内用コメント１２３４５６７８９０１２
            開始日：２０２３年１１月１５日 朝
                                                  １日分
×   2  アリナミンF糖衣錠  25mg                 1回 2錠 (1日 2錠)
                                                      別包 混合
          変更不可
        分１：朝・・・食後３０分
          内用コメント１２３４５６７８９０１２
            開始日：２０２３年１１月１５日 朝
                                                  ２日分
    3  ＭＳコンチン錠  10mg                    1回 1錠 (1日 1錠)
                                                      別包 混合
        分１：朝・・・食後３０分
            開始日：２０２３年１１月１５日 朝
                                                  １日分
     ＊＊  以下余白  ＊＊
```

※特に記載のある場合を除き交付日を含めて４日以内に保険薬局へ提出してください

備考
処方箋コメント１２３４５６７８
ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方であ
服薬情報提供書は当院ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ 薬-薬連携よりﾀﾞｳﾝﾛｰﾄﾞして下さい。
後発品への変更不可
保険医署名 移行ター●サイタマ 印
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」または「×」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

麻薬施用者免許証 第 １２３４５６７８ 号　患者住所 埼玉県　さいたま市　岩槻区　大口 １－２－３

調剤済年月日	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	㊞	公費負担医療の受給者番号	

「後発医薬品への変更不可」欄に押印がない場合は変更可。　出力日時：2023/12/04　14:18:45　1／1

これは「院外処方箋」です

患者さんへ

- この処方箋の 使用期限は令和05年11月18日 までです
- 使用期限を過ぎると無効になります
- 使用期限は延長できず、再度受診が必要になりますのでご注意ください
- 検査情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、点線部分で切り離し、左側の処方箋のみをお渡しください

保険薬局へ

- 疑義照会について：問い合わせ先は、各診療科処方医師にご照会ください（代表：048-832-4951）
- 検査値は、薬の適正使用にご活用ください

直近の検査結果値

検査項目名称 単位	検査結果・検査日 基準値	検査項目名称 単位	検査結果・検査日 基準値
WBC	6.9 (2023/10/18)	ｸﾚｱﾁﾆﾝ	1.40 H (2023/10/18)
(10^3/μL)	3.5~8.5	(mg/dL)	M：0.65~1.07 F：0.46~0.79
NEUT%	76.8 H (2023/10/18)	eGFR	26.24 L (2023/10/18)
(%)	40.0~70.0	(ml/min/1.73㎡)	90以上
HGB	8.1 L (2023/10/18)	ｱﾙﾌﾞﾐﾝ定量	2.9 L (2023/10/18)
(g/dL)	M：13.5~17.0 F：11.5~15.0	(g/dL)	4.1~5.1
PLT	30.9 (2023/10/18)	ｶﾙｼｳﾑ	8.6 L (2023/10/18)
(10^4/μL)	15.0~35.0	(mg/dL)	8.8~10.1
PT-INR	1.11 H (2023/10/18)	ｶﾘｳﾑ	4.3 (2023/10/18)
	0.9~1.1	(mmol/L)	3.6~4.8
AST	15 (2023/10/18)	CK	62 (2023/10/18)
(U/L)	13~30	(U/L)	M：59~248 F：41~153
ALT	8 (2023/10/18)	CRP定量	0.30 H (2023/10/18)
(U/L)	M：10~42 F：7~23	(mg/dL)	0.00~0.14
総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ	0.4 (2023/10/18)	HbA1c (NGSP)	6.0 (2023/10/18)
(mg/dL)	0.4~1.5	(%)	4.9~6.0

90日以内に測定歴のある検査値を表示しています