

院外処方箋への検査値印字のお知らせ

当院では、令和3年9月22日より地域保険薬局との連携の一環として、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しました。

記載されている検査値は過去3ヶ月以内に測定された直近の値です（空欄の場合は、3ヶ月以内に測定された値がありません）。

保険薬局で患者さんの検査値を参照し、投与量、副作用の初期症状の確認、服薬指導等に活用していただくことで、適正な薬物療法の推進ならびに医療安全の確保につながるものと考えます。

皆様方のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

問い合わせ先：浴風会病院薬剤科


処方せん 患者番号: 9999120
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号		保険者番号	06
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	氏名	テスト 6400 殿	保険医療機関の所在地および名称 東京都杉並区高井戸西1丁目12番1号 社会福祉法人浴風会 浴風会病院
	生年月日	1980/ 1/ 1 男	電話番号 03-3332-6511
	区分	被保険者	保険医氏名 内科 電子 太郎 印
交付年月日	令和 3年 9月 16日	都道府県番号 13	点数表番号 1
		医療機関コード 1514983	
		処方せんの使用期間 令和 年 月 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

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。
	01)	アダラートL錠10mg 1錠 [用法] 1日1回起床時 1日分 ---- 以下余白 ----

備考	「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。
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には「レ」又「X」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供

公費負担者番号		全てのコードを読み込んで下さい。
公費負担医療の受給者番号		
調剤済年月日		
保険薬局の所在地及び名称		
保険薬剤師氏名		印
備考		

患者さんへ

1. 処方箋の有効期限は特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内です。(健康保険法より)
2. 下記臨床検査値情報は、調剤薬局での処方鑑査、服薬指導などを補うことを目的に検査値がある場合に印字しています。検査値の開示を望まない場合は左側の処方箋のみご提出ください。
3. お受け取りになったお薬についての疑問点や不明点は、ご利用になった調剤薬局にお問い合わせください。

保険調剤薬局へ

1. 処方内容のお問い合わせは、下記のとおりお願いいたします。
 - ・処方内容に関すること: 処方医にお問い合わせください。
 - ・保険情報に関すること: 医事課にお問い合わせください。(内線7119、7122)
2. 疑義照会後に処方内容が変更になった場合、先発医薬品等から後発医薬品への変更については、医事課にFAXにてご連絡ください。医事課FAX:03-5370-5000
3. 自動車運転等に制限がある薬剤が処方されている場合には患者さんへの服薬指導をお願いいたします。
4. 浴風会病院では院外処方せんに検査値情報を記載することとなりました。患者さんの適正で安全な薬物療法につながるものと考えますので、ご理解、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

検査項目	結果値	基準値		単位	測定日
		男性	女性		
AST(GOT)	8	12-42	12-42	IU/L	2021/9/15
ALT(GPT)	9	5-35	5-35	IU/L	2021/9/15
クレアチニン	4.00	0.60-0.95	0.46-0.72	mg/dL	2021/9/15
eGFR(クレアチニン)	2	≥60	≥60	mL/m/1.73	2021/9/15
HbA1c(NGSP)	3.0	4.6-6.3	4.6-6.3	%	2021/9/15
PT(INR)	1.00	0.85-1.30	0.85-1.30		2021/9/15

浴風会病院

〒168-8535東京都杉並区高井戸西1-12-1 TEL:03-3332-6511

切り取り線