

お知らせ：2024年5月31日（金）から

# 院外処方箋へ検査値を表記いたします

8001 院外処方箋 頁： 1 / 1  
分割指示に係わる処方箋 分割の 回目

公費負担者番号	保険者番号
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	保険医療機関の 所在地及び名称 〒371-0821 群馬県上野村町584-1 TEL027-252-6011 FAX027-252-0390
氏名	電話番号
年齢	処方科
生年月日	保険医師名
区分	被保険者 被扶養者 別
交付年月日	処方箋の使用期間
薬剤師	検査項目
備考	検査結果

検査項目 [ 様々な処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更による差支えがあると判断した場合に「は、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 ]  
 【S：成分量、P：粉砕、B：別包、D：分割、M：混合】

項目	結果	検査日	項目	結果	検査日
GFR		2024/02/04	CRE		2024/02/04
mL/min/1.73m <sup>2</sup>		2023/12/06	mg/dL		2023/12/06
Hb		2024/03/05	WBC		2024/03/05
g/dL		2024/01/05	/μL		2024/01/05
PLT		2024/03/05	NEUT#		2024/03/05
×10 <sup>4</sup> /μL		2024/01/05	/μL		2024/01/05
AST (GOT)		2024/02/04	ALT (GPT)		2024/02/04
U/L		2023/12/06	U/L		2023/12/06
T-BiL		2024/02/04	CK		2024/02/04
mg/dL		2023/12/06	U/L		2023/12/06
Na		2023/12/06	K		2023/12/06
mmol/L			mmol/L		
CRP		2023/12/06	INR		2023/11/06
mg/dL					

体表面積 m<sup>2</sup> 測定日(2021/01/18)  
 ※180日以内に下記検査がない場合は一と表示されます。

患者さんへ  
 ● 処方箋の有効期限は、交付日を含め4日間（土日祝を含む）です。  
 ● 処方箋の再交付はできません。紛失された場合や期限が切れた場合は、再受診が必要となり費用負担が生じます。  
 ● 医薬品の安定供給に向けた取り組みのため、処方箋は一般名で記載する場合がございます。薬剤選択（先発品か後発品かなど）の際は、薬剤師にご相談ください。  
 ● 下記検査値は保険薬局薬剤師による薬の適正使用や副作用確認に必要な情報です。保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、用紙中央の点線 [-----] で切り離し、左側の「院外処方箋」のみを保険薬局へ提出してください。

保険薬局ご担当者様へ  
 ● 疑義照会は平日8：30～17：15の時間内にお問い合わせください。  
 処方内容→診療科担当医、調剤内容→薬剤部、保険内容→庶務課  
 ● 当院では形式的な疑義照会の簡素化を目的としたプロトコールを作成しております。内容については薬剤部へお問い合わせください。  
 ● 疑義照会した場合には、院外処方箋の備考欄に内容をご記入の上ご返信ください。また、後発品へ変更した場合には、下欄にご記入または各薬局の変更書式にてご返信ください。なお、前回と同じ後発医薬品を継続使用する場合は返信は不要です。

返信先：FAX 027-252-1499(薬剤部宛)

変更前医薬品名	変更後医薬品名およびメーカー名

薬局名称・所在地  
 電話/FAX・担当薬剤師名

検査値を表記した院外処方箋（サンプル）

2024年5月31日（金）から、院外処方箋に検査値の一部を表記します（上図のオレンジ色で囲まれた部分）。

これにより、**保険薬局で検査値を加味した処方薬の適正な使用や副作用の早期発見が可能となり、より安全にお薬を使用することができます。**

また、保険薬局に検査値を提示することで、普段気になっている検査の値やわからない事などもご相談することができます。

お薬による治療を安心・安全に行うための取り組みとなります。ご理解のほどよろしくお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、当院の薬剤部窓口までお問い合わせください。

※保険薬局への検査値の提示を望まない場合は、処方箋の用紙中央の点線 [-----] で切り離して、左側の「院外処方箋」のみを保険薬局へ提出することも可能です。