

一般社団法人 京都府薬剤師会御中
保険薬局の先生方各位 保険薬局各位

平成 27 年 9 月 6 日
京都中部総合医療センター 薬剤部

院外処方せん様式の変更および検査値等の記載について

平素は院外処方せんの応需にご協力いただきありがとうございます。
京都中部総合医療センターでは、平成 29 年 9 月 24 日より別添のとおり、院外処方せんを A4 様式に変更します。また、保険薬局との連携の一環として、保険薬局で医薬品の適正使用に積極的に取り組んで頂けるよう患者様の検査情報の一部と身体情報を院外処方せんに記載することになりました。保険薬局において患者様の検査値を参照されることで、適正で安全な薬物療法推進につながるものと考えます。
ご協力の程、宜しく申し上げます。

(院外処方せんの変更点)

処方箋様式 A5 様式 ⇒ A4 様式

直近 3 か月以内の検査情報と身体情報を記載

(運用開始予定日)

平成 29 年 9 月 24 日

コード番号: 55256 第01版		処方せん		1/1
出力時刻: 18:48:57 (この処方せんは、どの薬局でも有効です。)				
公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号		
公費負担医療又は 老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		
患者 氏名	9999000013 テスト 001		保険医療機関の 所在地及び名称	
	テスト 001		京都府南丹市八木町 八木上野25番地 京都中部総合医療センター	
性別	昭和54年07月04日 38才 男性		電話番号 0771(42)2510	
			診療科名 内科	
区分	負担割合	10割	保険医氏名 開富士通山下 (印)	
交付年月日	平成29年09月04日	処方せんの使用期限	平成 年 月 日	
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)への変更を差し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。]			
処方	1) カルボシステインDS50%「タカタ」 500mg/g 3g 1回3g (1日3g) ・・・分1 朝食後 3日分			
	以下余白			
備考	自費2			
	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。			
	保険医署名 (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」又は「×」を記載すること。)			
	<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ宛義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供			
調剤済年月日	公費負担者番号			
調剤済年月日	公費負担医療又は老人医療の受給者番号			

【検査情報】

検査項目名	WBC	Hb	PLT	PT-INR
検査日付	2017/08/28	-----	-----	-----
検査結果	400	-----	-----	-----
基準値	3.50~9.10(10 ³ /μL)	M:13.5~17.6(g/dL) F:11.3~15.2(g/dL)	M:131~362(10 ³ /μL) F:130~369(10 ³ /μL)	

検査項目名	AST	ALT	T-Bil	血清Cr
検査日付	-----	-----	-----	-----
検査結果	-----	-----	-----	-----
基準値	10~40(U/L)	5~40(U/L)	0.30~1.20(mg/dL)	M:0.61~1.04(mg/dL) F:0.47~0.79(mg/dL)

検査項目名	eGFR	CK	CRP	K
検査日付	-----	-----	-----	-----
検査結果	-----	-----	-----	-----
基準値		M:62~287(TU/L) F:45~163(U/L)	0~0.3(mg/dL)	3.6~5.0(mEq/L)

検査項目名	HbA1c			
検査日付	-----			
検査結果	-----			
基準値	NGSP:4.6~6.2(%)			

【身体情報】

身長	171.0 cm	体重	61.000 kg	体表面積	1.714 m ²
測定日	2015/01/15	測定日	2015/01/15		