

2017年10月27日

保険薬局各位

三菱京都病院 薬剤部

TEL075-381-2111(代表)

◎院外処方箋の様式の変更について◎

平素より、院外処方箋の応需にご協力いただきありがとうございます。

この度、三菱京都病院では地域保険薬局との連携強化、薬物療法の安全性・有効性の向上に寄与することを目的として、院外処方箋へ患者様の検査値の一部及び身体情報を処方監査に必要な情報を記載いたします。

保険薬局においても患者様の検査値を把握し薬剤情報提供を行って頂くことで、適正かつ安全な薬物療法の提供に繋がると考えております。

また、これに伴い、院外処方箋をA4様式に変更いたします。

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

開始日：平成29年11月1日

記載項目

検査値：白血球数、血色素、血小板、INR、AST、ALT、T-BIL、クレアチニン、eGFR、CPK、CRP、K、HbA1c

身体情報：身長、体重、体表面積

処方箋イメージ

スーパースーパー 処方せん	
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)	
引換番号: 3156	
公費負担番号 又は特例番号 00000009-7	保険者番号 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
公費負担医療又は市 人民療の受給者番号	保険医療機関 京都府京都市西京区桂町1 所在地及び名称 三菱京都病院 TEL: 075-381-2111 FAX: 075-381-2155
氏名	保険証氏名 京都府京都市西京区桂町1 所在地及び名称 三菱京都病院 TEL: 075-381-2111 FAX: 075-381-2155
性別	年齢 26歳 性別 1 年齢 40歳 性別 0 年齢 11歳 性別 0
交付年月日 平成29年10月24日	処方せんの 使用期限 平成 年 月 日 4日以内(保険薬局に提出してください)
交付内容 01 内服 【錠】オザンナ錠60mg 1日3回 毎食後 02 外用 カトレップパップ70mg 10cm×14cm 1日2回 腫へ1枚貼付 1日2回 腫へ1枚貼付 1日2回 腫へ1枚貼付	14日分 15枚
保険薬局が調剤時に確認する事項(特に指示がある場合は「○」又は「×」を記載すること。)	□保険医療機関へ情報提供 「○」又は「×」を記載すること。 「○」又は「×」を記載すること。 「○」又は「×」を記載すること。
調剤年月日 平成 年 月 日	公費負担者番号 公費負担医療 の受給者番号
調剤薬局の 所在地 調剤薬局氏名	調剤薬局の 所在地 調剤薬局氏名

患者様へ

・院外処方箋の使用期限は交付日を含めて4日間(土日祝日を含む)です。
・使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
・院外処方箋の再発行はできません。紛失された場合は、再度予約をして受診が必要
となり、費用負担が生じます。紛失しないよう、お気を付けてください。
・この院外処方箋は、全国どの保険薬局でも有効です。

検査項目	検査結果	単位	検査日
白血球数	40.0	10 ² /μl	2017/10/20
血色素	15.0	g/dl	2017/10/20
血小板数	23.0	10 ⁴ /μl	2017/10/20
INR	2.68	H	2017/10/13
AST(GOT)	20	IU/L	2017/10/20
ALT(GPT)	10	IU/L	2017/10/20
T-BIL	0.5	mg/dl	2017/10/20
アルブミン	0.70	mg/dl	2017/10/20
eGFR	180	IU/L	2017/10/20
CRP(定量)	6.00	mg/dl	2017/10/20
K	5.2	mEq/L	2017/10/20
HbA1c(NGSP)	5.0	%	2017/10/20

身長: 165cm(測定日: 2017/10/12)
体重: 60kg(測定日: 2017/10/12)
体表面積: 1.66㎡

★保険薬局への伝達事項

・処方箋に記載された医薬品について、後発医薬品への変更を行った場合、必要
事項をお薬手帳に記載してください。
・保険薬局にて即時性は低いものの「処方医師への提供が望ましい」と判断された内
容については、トレーシングレポートとして薬剤部宛て送信をお願いいたします。

QRコード

以上