平成２９年１１月吉日

保険薬局各位

舞鶴共済病院

薬剤部長　藤村保夫

院外処方箋への検査値の記載について

平素は、当院発行の院外処方箋を応需いただきありがとうございます。
さて、当院では平成３０年１月１５日より保険薬局さまとの地域連携の一環として、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いたしました。肝機能や腎機能検査値による用量の確認、副作用の早期発見、アドヒアランスの向上等に活用していただけるものと考えます。記載される検査値は３か月以内に測定された直近の値です。（空欄の場合は測定がなされていないものです）　またこれにより処方箋のサイズがＡ５からＡ４に変わります。

なお、検査値に基づく疑義照会については薬剤科（処方箋下部に記載のある電話番号）にお問い合わせください。それ以外の疑義照会については従来通りです。

保険薬局さまにおかれましては、患者さんの検査値を参照いただき、適正で安全な薬物療法の推進にご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

以上

処　方　せ　ん

（院外処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号又は市町村番号	1	2	2	6	0	0	0	0
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	66666666							

保険者番号	0	6	2	6	0	0	0	0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	ああああああ 111111							

ID:0090006030　循環器内科

保険医療機関の所在地及び名称　京都府舞鶴市字浜1035番地　国家公務員共済組合連合会　**舞鶴共済病院**

電話番号　(0773) 62-2510

保険医氏名　医師００１　印

患者		
氏名	テスト　インガイショホウ テスト　院外処方　様	
生年月日	昭和６０年０１月０１日　32 才	男性
保険種別	被保険者	負担割合　０割

都道府県番号	2	6	点数表番号	1	医療機関コード	9	7	0	0	0	9	5

交付年月日　平成２９年０９月０７日

処方せんの使用期限　1.　交付日を含めて４日以内　2.　年　月　日まで　に薬局へ提出すること

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」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。］

1)　ＭＳコンチン錠10mg　　1錠
　・・・1日1回 朝食後　　1日分

以下余白

備考

保険医署名　［「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。］

麻薬施用者番号　1234567890　京都府舞鶴市字多祢寺１２３４５６７８９０　マンション４５６

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。）

☐ 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

調剤済年月日		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		公費負担医療又は老人医療の受給者番号	

項目	WBC	Hb	PLT	INR	AST	ALT	T-Bil	CRE	eGFR	CK	CRP	K	HbA1c
検査日	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14	9/14
結果値	61	11.0	16.4	1.04	61	28	0.46	1.01	41.2	16.4	0.04	4.7	4.7
単位	$\times 10^2/\mu L$	g/dL	$\times 10^4/\mu L$	-	IU/L	IU/L	mg/dL	mg/dL	$ml/min/1.73m^2$	IU/L	mg/dL	mEq/L	%

＜患者さんへ＞
この処方箋は、外来会計窓口へお出しください。病院の公印、処方医の押印が無い処方箋は無効です。
処方箋の有効期間は原則４日間となります。
＜保険薬局の方へ＞
処方内容については、各診療科にお尋ねください。
ただし、検査値に基づく疑義照会については当院薬剤科（TEL0773-66-2227）へお問い合わせください。