



院外処方箋への 検査値標記のお知らせ

当院では、令和3年4月1日から発行する院外処方箋の右半分に、**検査値（血液検査結果）**を印字します。

この検査値は、**お薬の量の調節や副作用の早期発見**など、お薬を安全に使用するために役立つ情報であり、**保険薬局（調剤薬局）**で参考にする場合があります。

ご理解・ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

2割 処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です) ID=0099000034	
公費負担者番号	保険者番号 01
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 森下 聡子 殿	保険医療機関の所在地および名称 福井県大飯郡おおい町本郷 92-51-1 おおい町保健医療福祉総合施設 なごみ
生年月日 昭和39年 5月 16日 男	電話番号 0770-77-2753
年齢 56歳	保険医氏名 内科 電子 太郎 印
区分 被保険者	都道府県 番号 18 点検表 番号 1 医療機関コード 2314175
交付年月日 令和 3年 3月 24日	処方箋の使用期間 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	
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	01) アーチ錠 2.5mg 1錠 アーチCR錠 20mg 1錠 キノン錠 60mg 3錠 [用法] 1日1回朝食後 3日分 02) モーラテープ 20mg 7cm×10cm (7枚/袋) 5袋 [用法] 1日1回 1回1枚 03) カナール錠200 6錠 [用法] 1日1回朝食後 1日分 04) ガスターD錠 10mg 2錠 [用法] 1日1回朝食直後 1日分 05) PL配合顆粒 1g/包 3g [用法] 1日1回朝食後 1日分 06) 〇院外処方 (錠) 6錠 [用法] 1日1回朝食後 1日分 ----- 続きあり -----
備考	「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 保険薬局が調剤時に殺菌を確認した場合の対応 (特に指示がある場合には「レ」又「×」を記載すること。) ■保険医療機関へ照会した上で調剤 □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	公費負担医療の受給者番号
保険薬剤師氏名	印

患者様へ

- ・2021年4月1日より、血液検査値の一部を院外処方箋に印字しております。
- ・調剤時に重要な情報となる数値を載せておりますので、保険薬局にそのままご提示ください。
- ・なお、保険薬局での血液検査提示を希望しない場合には、中央の点線で右側を切り離し、左側の院外処方箋本体部分のみご提示ください。

検査結果

検査項目	検査結果値	検査日
WBC	01 / μ L	2021/3/24
HGB	05 g/dL	2021/3/24
PLT	07 万/ μ L	2021/3/24
GOT	09 U/L	2021/3/24
GPT	11 U/L	2021/3/24
BUN	13 mg/dL	2021/3/24
Cre	15 mg/dL	2021/3/24
eGFRcre	17 mL/min	2021/3/24
血糖	19 mg/dL	2021/3/24
Na	21 mEq/L	2021/3/24
K	23 mEq/L	2021/3/23
PT-INR	25	2021/3/24

こちらに検査値が印字されます。
検査値を保険薬局に知られたくない場合は、右半分を切り取らせていただきますので、お声がけください。

お問い合わせ先 **なごみ診療所**

TEL. 0770-77-2753

FAX. 0770-77-2276