

院外処方せんの様式変更



鹿児島医療センターでは、保険薬局と連携して外来患者さまにより安全で安心な医療を提供することを目的に、院外処方せんに患者さまの検査値等の一部を掲載することいたしました。

処方せんイメージ

院外処方箋		Page: 1/1																																																																																																									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)		小児科																																																																																																									
公費負担番号 又は市町村番号	1 2 4 5 4 4 4 4	保険者番号																																																																																																									
公費負担医療又は 人医療の受給者番号		患者番号・被保険 者手帳の記号・番号																																																																																																									
氏名	テスト よし田 様	99990617-3																																																																																																									
生年月日	昭和25年 6月 6日生	68歳10ヶ月																																																																																																									
性別	女																																																																																																										
交付年月日	平成31年 4月 11日	処方箋の 使用期間																																																																																																									
変更 不可	01	処方箋の 有効期限																																																																																																									
02	03	04																																																																																																									
05	06																																																																																																										
検査結果																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査名</th> <th>基準値</th> <th>検査結果</th> <th>単位</th> <th>検査日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>WBC</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neut</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HGB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PLT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AST</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ccr</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>eGFR</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T-Bil</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Na</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ca</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mg</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CRP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HbA1c (NGS)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PT-INR</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CK</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			検査名	基準値	検査結果	単位	検査日	WBC					Neut					HGB					PLT					AST					ALT					CRE					Ccr					eGFR					T-Bil					Na					K					IP					Ca					Mg					CRP					HbA1c (NGS)					PT-INR					ALB					CK				
検査名	基準値	検査結果	単位	検査日																																																																																																							
WBC																																																																																																											
Neut																																																																																																											
HGB																																																																																																											
PLT																																																																																																											
AST																																																																																																											
ALT																																																																																																											
CRE																																																																																																											
Ccr																																																																																																											
eGFR																																																																																																											
T-Bil																																																																																																											
Na																																																																																																											
K																																																																																																											
IP																																																																																																											
Ca																																																																																																											
Mg																																																																																																											
CRP																																																																																																											
HbA1c (NGS)																																																																																																											
PT-INR																																																																																																											
ALB																																																																																																											
CK																																																																																																											

<<患者さまへ>>
* この処方箋は「院外処方箋」です。有効期限は交付日を含めて4日以内です。
記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
保険薬局への検査等の提供に差し支えのある方は右半分を切り離して使用してください。

* 以下の検査情報は、保険薬局でお薬の種類や容量を確認し、副作用を予防するために必要なものです。

<<保険調剤薬剤師の方へ>>

※処方内容についての既読は、処方医へお問い合わせください。

検査結果 90日以内に測定値のある検査値を表示しています。

身体情報
身長: 170cm (測定日: 2019/04/11)
体重: 72kg (測定日: 2019/04/11)
BMI: 24.5

処方せんの右側に検査値が記載されます

検査値等の一部を掲載する理由

- ・保険薬局の薬剤師が検査値を確認することでお薬の量が患者さんの状態に合っているかを確認したり、お薬による副作用の早期発見をすることができます。
- ・薬剤師により検査値を確認し、気になった点があれば医師に問い合わせを行います。

検査結果を薬局に伝えたくない場合には

- ・院外処方せんを切り離し、左側の「処方せん」のみ渡してください。
- ・お薬による治療を安全に行うためには検査値の確認が重要です。薬局に渡されることをおすすめします。

切り離し、こちらのみお渡しください

