

# 院外処方せんに

## 検査値を記載します

- 薬剤師が処方せんに基づいて調剤するとき、患者様の病状や体調、服用薬そして検査値情報を確認します。
- それは薬をより安全に使用する目的のために行います。例えば腎臓の悪い方へ要注意の薬が処方された場合、薬の量は適切か、また気をつけたい症状について患者様へお伝えすることもできます。
- 処方せんへ検査情報を記載すると、検査情報を確認しつつお薬を調剤できるため、安全性の向上が期待できます。
- この検査情報を院外処方せんへ記載する取り組みを2020年6月上旬から開始します。
- ご不明な点がございましたら、薬局窓口までお問い合わせください。



患者さまの安全を守るために行います

**処方箋**  
(この処方箋は、この薬局で調剤されます。)

公費負担者番号	保険者番号	0000	保険情報 政管 本 出力時間 平成 20年2月21日 11時03分 1日番号 9314016 処方番号 3001								
公費負担者番号 7桁 氏名 TESTO 10123 生年月日 昭和33年3月2日 68才 男 区分 被保険者	保険者番号 9桁 氏名 内科 テスト内科①テスト系 2221151600058	保険者種別 所在地及び名称 焼津市立総合病院 電話番号 054-623-3111 保険者氏名 内科 テスト内科①テスト系									
交付年月日 平成29年2月21日	交付年月日 平成 年 月 日										
変更不可 1. ファムビル錠 250mg 6T 後発なし 分3 食後 7日分 2. 【般】ロキソプロフェンNa錠 60mg 3T 分3 食後 14日分 3. 【般】レバミピド錠 100mg 3T 14日分 分3 食後 - 以下余白 -											
TEL:		※保険薬局種別									
調剤薬局先許証番号: 1		調剤薬局種別 調剤薬局先許証番号: 1 「変更不可」欄に「○」又は「×」を記載した場合は、変更又は記入・押印すること。 保険医署名									
調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号 調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号											
患者様 処方せんには使用期限があります。 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出してください。											
患者様の検査情報 (2020/01/28)											
検査名	検査値	判定	判定日	検査名	検査値	判定	判定日	検査名	検査値	判定	判定日
eGFR	23		2020/01/28	CPK	44	H	2020/01/28	CRP	0.89		2020/01/28
Cre	1.59		2020/01/28	K	5.1	L	2020/01/28	INR	1.0	L	2020/01/28
AST	22		2020/01/28	WBC	5040	H	2020/01/28	HbA1c			2019/01/14
ALT	17		2020/01/28	Hb	9.2		2020/01/28				
TBil	0.4		2020/01/28	PLT	100		2020/01/28				

処方せん見本

処方内容のQRコードも記載されます

過去3ヶ月間の最新の検査情報を記載します

問い合わせ先  
薬剤科 林