

黒部市民病院

このたび、電子カルテ更新に伴い3月15日（月）より、下記のように院外処方箋についての変更がありますのでお知らせいたします。

記載される検査値は3か月以内に測定された直近の値となります。(3か月以内に測定された値がない場合は、-----となります)。また、処方せん様式についても A5(縦)から A4(横)に変更となります。保険薬局にて患者さんの検査値を参照し処方鑑査を行っていただくことで、より適正で安全な薬物療法推進につながるものと考えます。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。

0099917007 内科		処 方 箋		1/1	
公費負担番号 受給者番号		保険者番号 10000000		123456789 3456789 (検査) 01	
フリガナ 氏名 生年月日 区 分		サト トモ テスト 700 様 平成元年10月01日 31才男性 被保険者		富山県黒部市三日月1108-1 黒部市民病院 電話番号 0765(54)2211 代 保険医氏名 GXV04 FAT ㊟ 郵便局番号 16 点検票番号 1 医療機関コード 0710012	
交付月日		令和3年02月02日		令和3年02月05日	
変更不可		① この処方箋について、後援医薬品（ジェネリック医薬品）への変更は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、「保険医氏名」欄に署名又は捺印・押印すること。 ② ビオフェルミンR錠 1錠 用法・1回1錠（1日1錠） 処方箋コメント：一包化指示 以下余白			
処方		14:00:10			
国		患者住所：石川県金沢市製本町アスト1234567890123 TEL:080-1111-2222 45678901234567890 医療機関番号			
可		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医氏名」欄に署名又は捺印・押印すること。 「署名又は捺印」 ③ 後援医薬品が調剤時に廃棄を確信した場合は「レ」又は「×」を記載すること。 <input type="checkbox"/> 後援医薬品廃棄を確信した上で調剤 <input type="checkbox"/> 後援医薬品廃棄→後援使用			
調剤済年月日		公費負担番号		公費負担医療の 所在地及び名称 保険医氏名	
		㊟ 受給者番号			

※この処方箋は、どの薬局でも有効です。

院外処方箋について

・交付の日を含めて、**4日以内**に保険薬局に提出して下さい。

・下記の検査値等は保険薬局で薬の量が患者さんに合っているか、副作用発現などの確認のために使用します。提供を希望されない場合は左の破線で切り離して左側の処方箋のみとされても有効です。（検査結果提供に同意いただける場合には切り離す必要はありません。）

略号	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	♂3.0~9.1 ♀3.0~8.7	100001.0	×10 ³ /μL	2021/02/02
好中球	28.0~77.0	103003.0	%	2021/02/02
Hb	♂12.9~17.4 ♀10.7~15.3	100003.0	g/dL	2021/02/02
Plt	♂143~333 ♀137~378	100008	×10 ³ /μL	2021/02/02
T_Bil	0.2~1.1	210000.0	mg/dL	2021/02/02
AST	12~31	200000	U/L	2021/02/02
ALT	8~40	201000	U/L	2021/02/02
γ-GT	♂11~73 ♀9~49	207000	U/L	2021/02/02
UN	8~22	218000.0	mg/dL	2021/02/02
Cr	♂0.6~1.1 ♀0.4~0.8	222000.0	mg/dL	2021/02/02
eGFR		0.0		2021/02/02
Na	138~146	224000	mmol/L	2021/02/02
K	3.6~4.9	226000.0	mmol/L	2021/02/02
UA	♂3.2~7.7 ♀2.7~6.8	220000.0	mg/dL	2021/02/02
CK	♂65~275 ♀50~170	208000	U/L	2021/02/02
PT-INR		122002.00		2021/02/02
HbA1c	4.7~6.2	305000.0	%	2021/02/02

身長	160.0 cm	体重	55.000 kg	体表面積	1.563 m ²
測定日	2021/02/02	測定日	2021/02/02		

黒部市民病院

検査項目一覧

略号	検査項目	基準値	単位
WBC	白血球数	♂2.97~9.13 ♀3.04~8.72	$\times 10^3/\mu\text{L}$
好中球	好中球	28.0~77.0	%
Hb	ヘモグロビン量	♂12.9~17.4 ♀10.7~15.3	g/dL
Plt	血小板数	♂143~333 ♀137~378	$\times 10^3/\mu\text{L}$
T-Bil	総ビリルビン	0.2~1.1	mg/dL
AST	AST	12~31	U/L
ALT	ALT	8~40	U/L
γ -GT	γ -GT	♂11~73 ♀9~49	U/L
UN	尿素窒素	8~22	mg/dL
Cr	クレアチニン	♂0.6~1.1 ♀0.4~0.8	mg/dL
eGFR	eGFR		
Na	Na	138~146	mmol/L
K	K	3.6~4.9	mmol/L
UA	尿酸	♂3.2~7.7 ♀2.7~5.8	mg/dL
CK	クレアチンキナーゼ	♂65~275 ♀50~170	U/L
PT-INR	PT-INR		
HbA1c	HbA1c_NGSP	4.7~6.2	%

2. 内服薬の1回量および原薬量表示

内服薬を日数指示で処方した場合は、従来の1日量に加え、1回量も表記されます。
また、原薬量（mg など）で処方した場合には【原薬量】と表記されます。