

安心してお薬を服用していただくために

# 院外処方箋へ 検査値を表示します

令和4年12月1日から、院外処方箋に一部検査値の結果を表示します。

処方箋に検査値が表示されることで、保険薬局の薬剤師が、お薬の服用量が適切か、副作用の徴候が現れていないかなどを確認・チェックしやすくなります。

患者ID: 009500108  
オーダー番号: 996 第01号 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

処方箋  
内科 1/1

出力時刻: 11:34:52

公費負担者番号又は市町村番号: 8300000000

公費負担医療又は老人医療の受給者番号: [ ]

氏名: テスト 医事010 様  
女性 平成28年04月10日 6才

区分: 被扶養者 負担割合 0割

交付年月日: 令和4年10月12日

処方箋の交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること

1) 【投】アンプロピロール塩酸塩徐放口腔内崩壊錠 4.5mg 1錠  
1日1回 朝食後

以下余白

処方箋の提出時に添付を希望した場合は「○」又は「×」を記載すること。  
○ 保険薬局へ調剤時に検査値を希望した場合  
× 保険薬局へ調剤時に検査値を希望しない場合

調剤薬局の所在地及び名称  
豊田厚生病院  
〒470-0396  
豊田市浄水町伊保原500-1  
電話番号 0565-43-5000

公費負担者番号: [ ]  
公費負担医療又は老人医療の受給者番号: [ ]

計算受付 → 受付後 → ご希望により保険薬局へファックス送信致します → 精算後 → 院外の保険薬局に提出ください。

【患者さんへのお知らせ】

- 処方箋の使用期限は交付日を含め4日間（休日を含む）です。使用期間を過ぎた場合は、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 処方箋の再発行はいたしませんので大切に扱ってください。
- 下記検査値は、保険薬局薬剤師による薬の内容確認や服薬指導に活用されます。保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、用紙中央の「キリトリ線」で切り離し、左側の処方箋のみを提出してください。また、次回以降、検査値を非表示といたしますので、ブロック受付、もしくはくすり渡し口へお申し出ください。

【保険薬局への連絡事項】

- 次回受診日と検査値を確認の上、調剤をお願いします。
- 患者さんの希望や医師の判断により、下記に「検査値表」を印刷していない場合があります。
- T22以外の検査値が必要な場合は、患者さんに確認をお願いします。
- 90日以内の下記検査がない場合は、結果欄に「#」と表示されます。
- 実際に調剤していただいた薬品名は、くすり手帳等を用いて提供願います。

検査項目(単位)	(基準値)	結果値	検査日
WBC (×10 <sup>3</sup> )	3.3~8.6	6.0	2022/09/01
PLT (×10 <sup>4</sup> )	16.8~24.8	27.7	2022/09/01
Hb (g/dL)	13.7~16.8	14.3	2022/09/01
AST (IU/L)	13~30	22	2022/09/01
ALT (IU/L)	10~42	16	2022/09/01
Alb (g/dL)	4.1~5.1	4.9	2022/09/01
カリウム (meq/L)	3.6~4.8	4.22	2022/09/01
カルシウム (mg/dL)	8.8~10.1	8.8	2022/09/01
血清クレアチニン (mg/dL)	性別で差あり	0.47	2022/09/01
eGFR (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	-	1.91	2022/09/01
HbA1c (NGSP) (%)	4.9~6.1	5.0	2022/09/01

※ 基準値はあくまで目安であり、病態により異なります。詳しくは医師もしくは薬剤師までご確認ください。

＜処方箋に添付をお願いいたします＞ TEL: (代表) 0565-43-5000  
＜収入指導報告書送付先＞ FAX: (代表) 0565-43-5100  
＜トレーシングレポート (がん領域)＞ FAX: (薬剤部) 0565-43-5020

- 処方薬剤数が多い場合は、QRコードにすべての情報が反映されない場合があります。QRコードを使用される場合でも、必ず処方箋の内容をご確認ください。

確認印

保険薬局への検査値の表示を希望しない場合は、キリトリ線で切り離し、左側半分（処方箋）を提出ください。

次回以降、検査値を非表示としますので、ブロック受付、またはくすり渡し口へお申し出ください。