

院外処方箋における 検査値印字の取り組みについて

負担割合		3割		保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
公費負担者番号				保険医療機関の所在地及び名称	
公費負担医療の受給者番号				電話番号	保険医氏名
氏名	明大昭平	才	男女	電話番号	保険医氏名
出生年月日	昭和	日生		電話番号	保険医氏名
被扶年月日				電話番号	保険医氏名

薬剤部

背景



現在の処方箋情報のみでは
保険薬局は検査値が**把握**できない！

背景



処方箋に検査値を載せることで
保険薬局は検査値を簡単に把握できる！

目的

保険薬局は検査値を簡単に把握できる！



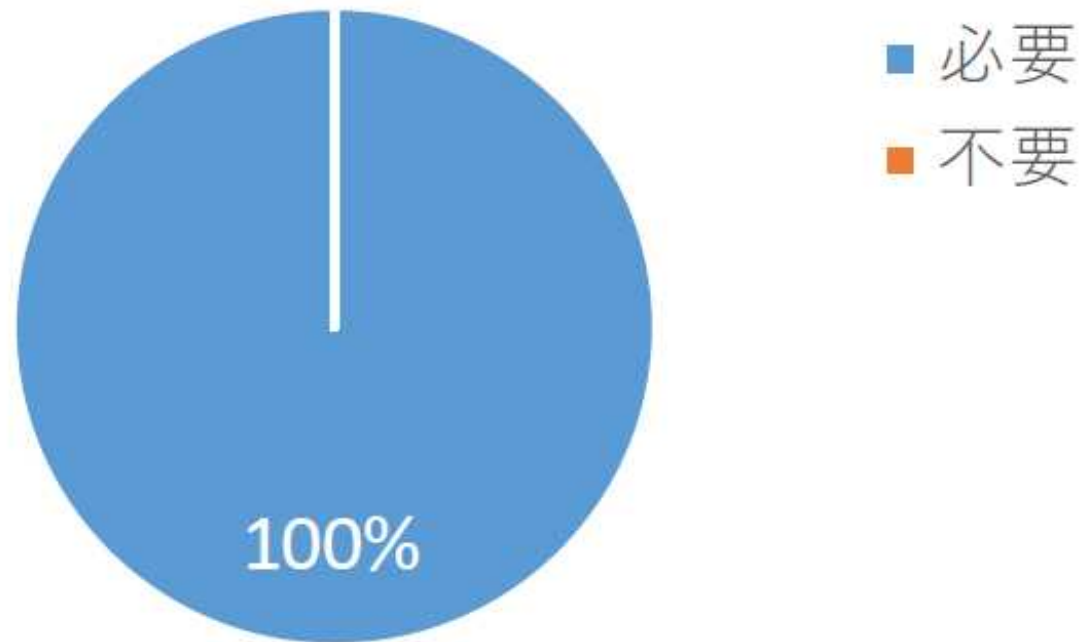
- ☑ 副作用の初期症状
- ☑ 薬剤の適正量

チェックできる
機会が増加

事前アンケート結果

Q.院外処方箋への検査値印字は必要だと思いますか？

100%が必要と回答



門前保険薬局アンケート結果より

検査値印字に対する保険薬局側の意見

- 副作用の発見につながる
- 投与量や禁忌の確認に必要
- 患者さんが検査値の書類を忘れたり、
貰っていない場合がある
- 薬剤が変更された際に、検査値が把握できれば
変更意図を説明しやすい

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	1111
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	1・1
氏名	テスト 99991001 テスト 病棟操作1001 昭和55年12月12日生 40歳2ヶ月	保険医療機関の所在地及び名称 沖縄県浦添市伊祖4-16-1 社会医療法人仁愛会 浦添総合病院 電話番号 Tel.098-878-0231 診療科 データ移行 保険医氏名 テスト 9999	性別 男
区分	被保険者 被扶養者	年齢	3 割
交付年月日	令和3年3月4日	処方せんの使用期間	令和3年3月7日 特に記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。
変更不可	網々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「変更不可」欄に「✓」または「×」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 【般】ロシプロフェンNa錠60mg 1回 1錠(1日1錠) 1日1回食後 5日分 --- 以下余白 ---		
備考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ送薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。 保険医署名		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

《患者さんへ》

この処方箋は「院外処方箋」です。有効期限は令和3年3月7日です。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。

保険薬局への検査値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下さい。

以下の検査値情報の提供は、保険薬局でお薬の種類や用法用量を確認し、副作用を未然に防ぐために必要なものです。

《保険薬局薬剤師の方へ》

処方内容については、処方医へお問い合わせ下さい。

検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
WBC			
好中球(数)			
血小板数			
Hb			
CRE			
eGFR			
AST			
ALT(数値倍)			
ALP			
アルブミン			
CRP			
HbA1c			
CK			
K			
PT-INR			

WBC:白血球

Hb:ヘモグロビン
 CRE:血清クレアチン
 eGFR:糸球体ろ過量
 AST:アスパラギン酸トランスフェラーゼ
 ALT:アラニンアミノトランスフェラーゼ
 ALP:アルカリホスファターゼ

CRP:C反応性蛋白
 HbA1c:ヘモグロビンA1c
 CK:クレアチンキナーゼ
 K:カリウム
 PT-INR:プロトロンビン時間

※直近の測定歴がある検査歴を表示しています。
 ※表示されている検査値は検査を実施した一部の項目を表示しています。

個人情報に関する配慮

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	1	1	1	1
--------------------	--	-------	---	---	---	---

検査値を提示したくない！
↓
点線で切り取って処方箋のみ渡すことができる

検査値印字の**目的**を
明確に示す

- 用法用量の確認
- 副作用の防止のため

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号				
保険薬局の 所在地 名 保険薬剤師氏名		公費負担医療 の受給者番号				

《患者さんへ》

この処方箋は「院外処方箋」です。有効期限は令和 3年 3月 7日です。
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。

保険薬局への検査値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下さい。
以下の検査値情報の提供は、保険薬局でお薬の種類や用法用量を確認し、副作用を未然に防ぐために必要なものです。

《保険薬局薬剤師の方へ》

処方内容については、処方医へお問い合わせ下さい。

検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
WBC			
好中球(数)			
血小板数			
Hb			
CRE			
eGFR			
AST			
ALT(数値値有)			
ALP			
アルブミン			
CRP			
HbA1c			
CK			
K			
PT-INR			

WBC:白血球
Hb:ヘモグロビン
CRE:血清クレアチン
eGFR:糸球体ろ過量
AST:アスパラギン酸トランスフェラーゼ
ALT:アラニンアミノトランスフェラーゼ
ALP:アルカリホスファターゼ
CRP:C反応性蛋白
HbA1c:ヘモグロビンA1c
CK:クレアチンキナーゼ
K:カリウム
PT-INR:プロトロンビン時間

※直近の測定歴がある検査歴を表示しています。
※表示されている検査値は検査を実施した一部の項目を表示しています。

掲載する検査値

W B C
好中球
血小板
Hb

CRE
eGFR

AST
ALT
ALP
Γ-GTP

アルブミン
CRP
HbA1c

CK
K
PT-INR

直近の検査値が掲載されます
(検査日も記載あり)

今回の取り組みについて
ご不明な点等ございましたら
下記のまでご連絡ください

担当：薬剤部 川上博瀬
連絡先：6796 (PHS)