

2019/10/1～ 院外処方せんへの検査値等の 表示開始について

当院では、厚生労働省が推進する医薬分業の趣旨に添って、原則的に全ての外来患者さまを対象に院外処方せんを発行し、お薬は院外の保険薬局で受け取っていただいています。

この度、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、患者さまの検査値の一部を院外処方せんに掲載いたします。

院外処方せん

(科名：内科) 院外処方せん
No. 20190814-0005-1 (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	保険者番号
診療券番号 1234567890	保険医療機関の所在地及び名称 茨城県立中央病院 電話番号 0296-77-1121 【病床数200床以上】
氏名 中央 太郎 職 男性	保険氏名
生年月日 昭和45年01月01日 49歳 7カ月	交付年月日 令和元年08月14日
区分 被保険者(保険種別：組合) 負担割合 3割	交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること

変更不可 個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更し差し支えがあると判断した場合には、「重要不可」欄に「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

R01: 【錠】ロキソプロフェンNa錠60mg 1回1錠 (1日3錠) 3日分
★1日3回朝食後
以下余白

備考
保険薬局が薬剤時に預薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「し」又は「×」を記載すること)
□保険医療機関へ疑義照会した上で薬剤 □保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日 公費負担者番号
保険薬局の所在地及び名称 公費負担医療の受給者番号

お問い合わせは、FAXをお願いします。
【FAX】0296-78-9756

※注意
本院外処方せんは医事課確認欄に印がないものは無効とします。

★患者さんへ
① 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内(令和元年08月17日まで)に保険薬局に提出してください。
② このページにはお薬を安全に使っていただくために必要な情報が記載されています。

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています)

項目	AST	ALT	CRE	K	CRP	HbA1c (NGSP法)	GLU
検査日	2019-08-04	2019-08-04	2019-07-20	2019-08-04	2019-08-04	***	2019-08-04
値	25	13	0.74	4.5	10.33	***	121

項目	OK	PT INR	WBC (×1000)	Hgb	PLT (×1000)	NEUTR (×1000)
検査日	***	2019-08-04	2019-08-04	2019-08-04	2019-08-04	2019-08-04
値	***	1.27	10.1	8.8	315	8.6


身体情報
身長 170 cm
体重 66.2 kg 体重測定日 2019-07-31
体表面積 1.767 m²

検査値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、お薬の量が患者さまの状態にあっているかを確認したり、お薬による副作用を発見することができます。

検査結果を薬局に伝えたくない場合は

- 院外処方せんの中央で切り離し、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、検査結果の確認は重要です。保険薬局に渡されることを強くお勧めします。

 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター
Ibaraki Prefectural Central Hospital, Ibaraki Cancer Center

問い合わせ先 (薬剤科)
TEL : 0296-77-1121 (代表)
FAX : 0296-78-9756