

# 院外処方箋\_検査項目の単位変更について

検査項目の単位が変更になります。

※検査項目(AST・ALT・CK)の単位【U/L】が、【U/L】へ変更になります。

5001 第01版 出力時刻: 15:27:48		処方箋 (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)		1/1 4577893																																																	
公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号		1 2 3 4 5 5																																																	
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																																																			
患者氏名	テスト リハ10	性別	男性	生年月日	昭和55年01月01日 40才																																																
住所	京都府京都市西京区山田平尾町17 社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院																																																				
電話番号	[075] 391-5811																																																				
診療科名	一般内科																																																				
保険医氏名	GXテスト系管理者 ㊦																																																				
交付年月日	令和2年10月20日		処方箋の有効期限	令和2年10月23日																																																	
処方箋の使用期限	左記の期日までに、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)への変更が禁止されると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 ]																																																				
処方	内服薬は1日量処方です																																																				
	1) 1. 5%内服用ルゴール液 10mL 28日分 ・・・分1 朝食後 ・・・2020/10/20(火) 以下余白																																																				
備考	<p>【検査情報】 (直近120日以内に測定した直近の検査値を表示しています)</p> <table border="1"> <tr> <th>検査項目</th> <th>WBC ( /uL)</th> <th>Hb ( g/dL)</th> <th>Plt (×10<sup>4</sup>/uL)</th> <th>PT-INR</th> <th>AST ( U/L)</th> <th>ALT ( U/L)</th> <th>T-Bil ( mg/dL)</th> </tr> <tr> <td>検査日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検査値</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>検査項目</th> <th>sCre ( mg/dL)</th> <th>eGFR ( mL/min/1.73m<sup>2</sup>)</th> <th>CK ( U/L)</th> <th>CRP ( mg/dL)</th> <th>K ( mmol/L)</th> <th>HbA1c (%)</th> <td></td> </tr> <tr> <td>検査日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検査値</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>&lt;HR&gt;はハイリスク薬を表す</p> <p>保険薬局が調剤時に投薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p>					検査項目	WBC ( /uL)	Hb ( g/dL)	Plt (×10 <sup>4</sup> /uL)	PT-INR	AST ( U/L)	ALT ( U/L)	T-Bil ( mg/dL)	検査日								検査値								検査項目	sCre ( mg/dL)	eGFR ( mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	CK ( U/L)	CRP ( mg/dL)	K ( mmol/L)	HbA1c (%)		検査日								検査値							
検査項目	WBC ( /uL)	Hb ( g/dL)	Plt (×10 <sup>4</sup> /uL)	PT-INR	AST ( U/L)	ALT ( U/L)	T-Bil ( mg/dL)																																														
検査日																																																					
検査値																																																					
検査項目	sCre ( mg/dL)	eGFR ( mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	CK ( U/L)	CRP ( mg/dL)	K ( mmol/L)	HbA1c (%)																																															
検査日																																																					
検査値																																																					
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			公費負担医療又は老人医療の受給者番号																																																		

## 【処方箋に関する注意事項】

- ◆ 処方箋の使用期限は交付年月日を含めて4日間(土日祝日を含む)です。使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- ◆ 処方箋を紛失された場合は再度受診が必要となり、費用負担が生じます。無くさないようお気を付けてください。
- ◆ 以下の検査値等は、保険薬局の方に、薬の内容確認や服薬指導に活用していただくものです。

## 【保険薬局薬剤師の方へ】

【検査情報】 (直近120日以内に測定した直近の検査値を表示しています)

検査項目	WBC ( /uL)	Hb ( g/dL)	Plt (×10 <sup>4</sup> /uL)	PT-INR	AST ( U/L)	ALT ( U/L)	T-Bil ( mg/dL)
検査日							
検査値							
検査項目	sCre ( mg/dL)	eGFR ( mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	CK ( U/L)	CRP ( mg/dL)	K ( mmol/L)	HbA1c (%)	
検査日							
検査値							

【身体情報】 (測定日にご注意下さい。未測定の場合は表示されません)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

して必要ありません。  
て当院より情報を求める場合があります。

2-2875(薬剤科)にFAXして下さい。  
5ことがあります。

調剤薬局名	
電話番号	
薬剤師名	

## 【回答内容】

医師:	薬剤師:	疑義入力:	処方修正:	医事:
-----	------	-------	-------	-----