

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 様	保険医療機関の 所在地及び名称 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																																																	
生年月日 昭和55年01月01日 40才 男性	診療科名 一般内科	保険医氏名 GXテスト系管理者 ㊦																																																	
区分 被保険者	負担割合 3割	処方箋 番号	26																																																
交付年月日 令和2年10月20日	処方箋 使用期限 令和2年10月23日	検査機 コード	4000095																																																
変更不可	左記の期日までに、保険薬局に提出すること。 [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 (×10⁴/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/1.73m²)</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><HR>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 ⁴ /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 ²)	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 ⁴ /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 ²)	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 保険薬剤師 氏名	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 ⁴ /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 ²)	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 _____ m²

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。

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: _____