院外処方箋への検査結果 の字のお知らせ



* 2024年9月9日より開始いたします *

2024年9月9日より、院外処方箋に必要最小限の検査結果を表示することとなりました。 これによって、患者さんに適切なお薬の量が処方されているかどうか、またお薬による副 作用の初期症状がないかを、保険薬局でもより確実に確認が出来るようになります。

処方内容のXRコード ※検査値情報は含みません 公費負担者番号 保険者番号 公費負担医療の 受給者番号 るを 000 (枝番) 保険医療機関の 長野県安曇野市豊科3100 長野県立こども病院 ቻスト **ተ**ፆ**ኝ**" (09 テスト 薬剤 0263-73-6700 (代) 図和27年08月09日生 都道府無番号 2 0 点数表番号 1 医療機関>-- 4 0 ・院外処方箋の有効期間は、交付日を含めて4日間(土日祝日を含む)です。 * 性 別 男性 71歳05ヶ月 特に記載のある場合を除き、交付の目を含め 4日以内に保険薬局に提出すること。 使用期間を過ぎた処方せんではお薬を受け取ることができませんので、必ず期間内に保険薬局 被保険者 近州が同を描きたね力をかくは30歳を受け取ってください。 に処方箋をお持ちになり、お裏を受け取ってください。 身体情報や検査値は、保険薬局での関利時により安全で適正な薬の作用にエローエスと な情報です。検査値を保険薬局に伝えたくない場合は、切り 交付年月日 2024年01月23日 個々の処力薬について、後発医薬品(ジュキラック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合 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 1 【敷】ロキソプロフェンNa錠60mg 1日3回毎食後 保除調剤薬品の方へ 過去1年のうち 処方内容のQRコードには身体情報や検査値情報 <<以下余白>> 疑義照会について 直近で最大3回分まで 受付時間:8時30分~17時30分(十・日・ 受付時間: 8時30分~17時30分(土・日・号 処方に関すること: 電話0283-73-6066 保険・公費関係: 電話0283-73-6150 総 ・この院外処方箋に関して、後発医薬品への変更等 手帳を利用してお知らせください。 印字されます。 -切り取り線 検査値 ※過去1年のうち、最新3回分の検査結果を表示し 基準値 単位 3.5~4.9 mEq/1 11~28 U/L 6~30 3, 5~9, 8 x10 * 3/ u 保険薬局が展用時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「 $m{ u}$ 」又は「 $ext{x}$ 」を記載すること。) HGB g/dl □ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 PT INS PTINR2 調剂済年月日 公費負担者番号 くく以下会白>> 公費負担医療の

院外処方箋(サンプル)

検査情報

- 以下の検査項目のうち必要最低限の結果が表示されます。 クレアチニン(CRE)、カリウム(K)、AST、ALT、白血球数(WBC) ヘモグロビン(HGB)、PT INR又はPT INRユビ
- 検査値は直近で最大3回分までの結果が表示されます
- 表示された後も印字箇所をご自身で切り取り線に沿って切り取りしていただけますが、処方監査のためそのままのご提出を推奨いたします。