

令和6年
3月25日より

院外処方箋に 検査値を表示します

地域保険薬局と連携し、外来患者さんへより安全で適切な薬物治療を提供することを目的として院外処方箋に検査値の一部を表示することになりました。

ご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

院外処方箋
(この処方箋は、他の保険薬局でも有効です) 1/1 頁

公費負担患者番号: [] 保険者番号: 390999999
公費負担患者番号: [] 記号・番号: []

患者氏名: 田中 ユズロ 患者 0294488 保険診療機関の 番号(7桁) 0294488
所在地および名称 小樽市立病院 小樽市立病院
電話番号 011-233-1111
保険診療科 内科 N 症 C 医師 印
生年月日 昭和47年07月07日 年齢6ヶ月 (男) 身長 150 体重 50 血圧 110/70
処方 依頼 本人 処方年月日 令和6年10月24日 処方期間 年 月 日 処方回数 1回
処方内容
01 【投】ファモチジン錠内服薬錠10mg
【分】1日1回・朝食後
以下余白

検査値(直近4ヶ月の検査から)

項目	結果	検査日	項目	結果	検査日	項目	結果	検査日	項目	結果	検査日
WBC	3.1 × 10 ⁹ /μl	10/24	HbA1c	6.9 %	10/23	K	3.7 mmol/l	10/24	血清Cr	0.70 mg/dl	10/24
S	3.1 × 10 ⁹ /μl	10/23	%				3.9 mmol/l	10/23		0.80 mg/dl	10/23
Neut	1.70 × 10 ⁹ /μl	10/24	AST	24 U/l	10/24	Na	140 mmol/l	10/24	eGFR	51.0	10/24
	1.70 × 10 ⁹ /μl	10/23		25 U/l	10/23		142 mmol/l	10/23		52.0	10/23
Rb	12.5 g/dl	10/24	ALT	14 U/l	10/24	Ca	9.2 mg/dl	10/24	BUN	19.5 mg/dl	10/24
	12.5 g/dl	10/23		15 U/l	10/23		9.4 mg/dl	10/23		19.8 mg/dl	10/23
PLT	204 × 10 ⁹ /μl	10/24	T-Bil	0.78 mg/dl	10/24	Alb	3.9 g/dl	10/24			
	204 × 10 ⁹ /μl	10/23		0.88 mg/dl	10/23		4.0 g/dl	10/23			
PT-INR	1.27	10/23	CPK	6 ng/ml	10/23						
				ng/ml							



詳細は当院ホームページをご覧ください。

- 検査値は、お薬の量が患者さんの状態に合っているかどうかを保険薬局の薬剤師が確認したり、副作用の早期発見、服薬時の説明などに活用されます。
- 保険調剤薬局への検査値情報の提供を希望されない場合は、点線で切り離し、上側の処方箋のみ提出することもできます。