

平成 30 年 10 月 22 日

保険薬局 各位

八尾市立病院 病院長

## 院外処方箋の余白欄への検査値の印字について

平素より当院の処方箋を応需いただきありがとうございます。

このたび、八尾市立病院では地域保険薬局との連携の一環として、下記のとおり患者の臨床検査値の一部を院外処方箋の余白欄に印字することになりました。

保険薬局各位におかれましては、臨床検査値を参照することで、より適正な薬物療法の実践にご協力いただきますようお願いいたします。

### 記

開始日：平成 30 年 11 月 1 日（木）

内 容：別紙参照

- ① 院外処方箋の印刷見本
- ② 印字する情報について
- ③ 院外処方箋に印字される臨床検査値一覧
- ④ 院外処方箋に印字される臨床検査値の解説

備 考：

臨床検査値を参照することで薬物療法に疑義が生じた場合は、  
疑義照会またはトレーシングレポートでお問い合わせください。

以上

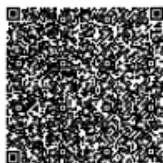
### 【問い合わせ先】

八尾市立病院 072-922-0881(代表)  
薬剤部 医薬品情報管理室

# ①院外処方箋の印刷見本

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                                        |          |                |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|----------------|
| ID 0000000073         |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 処方箋 (全国どこでも有効です。)                                |                                        | 薬剤師      | 検査             |
| 公費負担者番号<br>(市町村番号)    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 保険者番号<br>0 0 0 0 0 0                             |                                        | 1/1      |                |
| 公費負担医療・老人<br>医療の受給者番号 |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 被保険者証・被保険<br>者手帳の記号・番号                           |                                        |          |                |
| 氏名                    | テスト J                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 保険医療機関の<br>所在地及び名称<br>大阪府八尾市鶴岡町1丁目3番1号<br>八尾市立病院 |                                        |          |                |
| 性別                    | 男性                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 生年月日                                             | 平成21年01月01日                            | 電話番号(代表) | (072) 922-0881 |
| 年齢                    | 9歳                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 保険医氏名                                            | (テ) 富士通城                               | 印        |                |
| 区分                    | 被保険者                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 患者負担                                             | 3割                                     | 診療科名     | 消化器内科          |
| 交付年月日                 | 平成30年01月31日                                                                                                                                                                                                                                                                               | 処方箋の<br>使用期限                                     | 平成30年02月03日 (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)への変更と差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」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                    | 1) リリカOD錠25mg<br>・ ・ ・ 飲み薬 1日2回 朝・夕食後すぐ<br>・ ・ ・ 薬剤情報提供あり<br>2 錠<br>7日分<br>以下余白                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                                        |          |                |
| 備考                    | 調剤済年月日: 平成 年 月 日<br>公費負担者番号:<br>公費負担医療<br>の受給者番号:<br>保険医療機関へ延義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 <input type="checkbox"/> 分割調剤 分割日数: 3日 分割回数: 3回 6925<br>調剤済年月日: 平成 年 月 日<br>公費負担者番号:<br>公費負担医療<br>の受給者番号:<br>保険医療機関 F A X 番号: (072) 922-0758<br>保険関係 F A X 番号: (072) 922-0849 |                                                  |                                        |          |                |

【処方箋QRコード】  
処方内容が記録されてい  
ます。このQRコードは、  
薬局で利用します。



## 【注意事項】

- ・処方箋にはあなたの病気の情報など重要な個人情報に記載されていますので、取り扱いには十分注意してください。
- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日間です。期限を過ぎると使用できません。期限が過ぎた場合や紛失した場合には再発行ができませんのでご注意ください。
- ・「かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師」を持ちましょう。複数の病院やクリニックなどからの薬の飲み合わせや副作用、アレルギーなど自分の薬についての管理ができます。詳しくは、薬局でご相談ください。
- 【保険薬局の方へ】
- ・八尾市立病院のホームページに以下の情報を掲載しています。規約・規定(調剤内規等)、採用薬情報、お知らせ、延義照会用紙、服薬情報提供書(トレーニングレポート)
- ・延義照会については、「院外処方箋における延義照会の運用について」(ホームページ掲載)を参照してください。
- ・処方中の単位表記については、「処方箋表記の単位について」(ホームページ掲載)をご参照ください。
- ・新規に病診連携システムの同意を取得した場合、同意書と処方箋をFAXしてください(切り取り不要)。

## 【検査情報】

\*...90日以内の検査情報無し

| 検査項目      | 結果値  | 単位                        | 検査日        |
|-----------|------|---------------------------|------------|
| AST (GOT) | 9    | U/L                       | 2018/01/05 |
| ALT (GPT) | 12   | U/L                       | 2018/01/05 |
| ALP       | 102  | U/L                       | 2018/01/05 |
| TBL       | 0.2  | mg/dL                     | 2018/01/05 |
| CRE       | 1.3  | mg/dL                     | 2018/01/05 |
| eGFR      | 1.73 | ml/min/1.73m <sup>2</sup> | 2018/01/05 |
| K         | 3.6  | mg/dL                     | 2018/01/05 |
| CPK       | 100  | U/L                       | 2018/01/05 |
| WBC       | 4000 | 個/μL                      | 2018/01/05 |
| PLT       | 15   | 千/μL                      | 2018/01/05 |
| NEUT      | 4.6  | %                         | 2018/01/05 |
| HB        | 14   | g/dL                      | 2018/01/05 |
| TSH       | 0.4  | μIU/mL                    | 2018/01/05 |
| HbA1c     | *    | %                         | *          |
| PT-INR    | 0.85 | —                         | 2018/01/05 |
| ALB       | *    | g/dL                      | *          |
| CRP       | 0.6  | mg/dL                     | 2018/01/05 |

- 上記検査情報は、保険薬局での処方確認や調剤に活用します。
- 保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、「切り取り線」で切り離して処方箋のみ提出してください。

※八尾市立病院では、病診連携システム(あなたの診療情報を薬局と共有するシステム)を利用し、あなたの薬を安全に管理できる仕組みを提供しています。以下の同意書を薬局に提出していただくことで当システムによるサービスを利用できます。

## 【八尾市立病院病診連携システム同意書】

私は、下記の薬剤師から八尾市立病院病診連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が私の受ける調剤、服薬指導に活用されることに同意します。

|         |       |     |
|---------|-------|-----|
| 同意日     | 年 月 日 | 説明者 |
| フリガナ    |       |     |
| 氏名(自署)  |       |     |
| 代理人(自署) |       |     |
| 薬局名     |       |     |

★ 保険薬局の方へ…処方せんの日付欄は、上記番号までFAXでのご照会ください。

## ②記載する情報について

直近90日以内の最新の検査値を記載しています。  
( \* …90日以内の検査結果なし )

### 【検査情報】

\* …90日以内の検査情報無し

| 検査項目      | 結果値  | 単位                      | 検査日        |
|-----------|------|-------------------------|------------|
| AST (GOT) | 9    | U/L                     | 2018/01/05 |
| ALT (GPT) | 12   | U/L                     | 2018/01/05 |
| ALP       | 102  | U/L                     | 2018/01/05 |
| TBL       | 0.2  | mg/dL                   | 2018/01/05 |
| CRE       | 1.3  | mg/dL                   | 2018/01/05 |
| eGFR      | 1.73 | ml/分/1.73m <sup>2</sup> | 2018/01/05 |
| K         | 3.6  | mEq/L                   | 2018/01/05 |
| CPK       | 100  | U/L                     | 2018/01/05 |
| WBC       | 4000 | 千/μL                    | 2018/01/05 |
| PLT       | 15   | 千/μL                    | 2018/01/05 |
| NEUT      | 4.6  | 個/μL                    | 2018/01/05 |
| HB        | 14   | g/dL                    | 2018/01/05 |
| TSH       | 0.4  | μIU/mL                  | 2018/01/05 |
| HbA1c     | 6.5  | %                       | 2018/01/05 |
| PT-INR    | *    | —                       | *          |
| ALB       | 4.1  | g/dL                    | 2018/01/05 |
| CRP       | *    | mg/dL                   | *          |

- 上記検査情報は、保険薬局での処方確認や調剤に活用します。
- 保険薬局への検査値の提供を望まない場合は、「切り取り線」で切り離して処方箋のみ提出してください。

保険薬局に対して検査値の提供を望まない場合、「切り取り線」で切り離してから  
保険薬局に提出してください。

# ③院外処方箋に記載される検査値一覧

| 項目名      | 正式名称                | 当院基準値        | 単位                      |
|----------|---------------------|--------------|-------------------------|
| AST(GOT) | アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ | 10～40        | U/L                     |
| ALT(GPT) | アラニンアミノトランスフェラーゼ    | 5～45         | U/L                     |
| ALP      | アルカリフォスファターゼ        | 110～340      | U/L                     |
| TBL      | 総ビリルビン              | 0.2～1.2      | mg/dL                   |
| CRE      | クレアチン               | 男性：0.61～1.04 | mg/dL                   |
|          |                     | 女性：0.47～0.79 |                         |
| eGFR     | 推算GFR               | 60.0（下限）     | mL/分/1.73m <sup>2</sup> |
| K        | カリウム                | 3.3～5.0      | mEq/L                   |
| CPK      | クレアチンフォスホキナーゼ       | 男性：45～190    | U/L                     |
|          |                     | 女性：35～170    |                         |
| WBC      | 白血球数                | 3.9～9.8      | 千/μL                    |
| HB       | 血色素量（ヘモグロビン）        | 男性：13.5～17.6 | g/dL                    |
|          |                     | 女性：11.3～15.2 |                         |
| PLT      | 血小板数                | 131～362      | 千/μL                    |
| NEUT     | 好中球（絶対数）            | —            | (個)/μL                  |
| TSH      | 甲状腺刺激ホルモン           | 0.50～4.30    | μIU/mL                  |
| HbA1c    | グリコヘモグロビン           | 4.6～6.2      | %                       |
| PT-INR   | プロトロンビン時間（国際標準比）    | —            | —                       |
| ALB      | アルブミン               | 3.8～5.2      | g/dL                    |
| CRP      | C反応性蛋白              | 0.00～0.30    | mg/dL                   |

# ④院外処方箋に記載される検査値の解説

| 項目名      | 正式名称                | 解説                                                                                                                                                  |
|----------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AST(GOT) | アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ | 肝臓、心臓などの障害の指標です。                                                                                                                                    |
| ALT(GPT) | アラニンアミノトランスフェラーゼ    | 肝臓の障害の指標です。                                                                                                                                         |
| ALP      | アルカリフォスファターゼ        | 肝臓、胆のう、膵臓などの病気で胆汁の流れが悪くなった時に増加します。<br>骨の病気などでも増加することがあります。                                                                                          |
| TBL      | 総ビリルビン              | 黄疸の程度を示します。                                                                                                                                         |
| CRE      | クレアチニン              | 腎臓の働きをみる検査です。                                                                                                                                       |
| eGFR     | 推算GFR               | 血清クレアチニン値から計算された腎機能の指標です。<br>体表面積1.73m <sup>2</sup> あたりの値で示されています。                                                                                  |
| K        | カリウム                | 血液中の電解質（カリウム）の濃度です。                                                                                                                                 |
| CPK      | クレアチンフォスフォキナーゼ      | 筋肉に含まれる酵素で、心筋梗塞や筋肉の病気で増加します。                                                                                                                        |
| WBC      | 白血球数                | 好中球やリンパ球などの白血球の総数を示しています。                                                                                                                           |
| HB       | 血色素量（ヘモグロビン）        | 赤血球に含まれる酸素を運ぶためのタンパク質です。<br>貧血では低下します。                                                                                                              |
| PLT      | 血小板数                | 止血のために働く血球の数です。                                                                                                                                     |
| NEUT     | 好中球（絶対数）            | 細菌などの異物を処理し、体を外敵から守る働きをしています。                                                                                                                       |
| TSH      | 甲状腺刺激ホルモン           | 甲状腺ホルモンの産生を調節します。                                                                                                                                   |
| HbA1c    | グリコヘモグロビン           | 血糖コントロールの指標です。                                                                                                                                      |
| PT-INR   | プロトロンビン時間（国際標準比）    | 血液凝固（出血時に自然に血液が固まる仕組み）の異常の原因を調べるのに役立ちます。<br>増加している場合、出血しやすい（血が止まりにくい）状態といえます。<br>ワルファリン治療時の薬の量の調節に必要な検査です。<br>また、肝機能が悪い場合に異常値を示しやすいため、肝機能の指標にもなります。 |
| ALB      | アルブミン               | 血液中の代表的なタンパク質の一つで、栄養状態の指標になります。                                                                                                                     |
| CRP      | C反応性蛋白              | 炎症反応の指標です。                                                                                                                                          |