

院外処方箋に検査値を印字します

当院では、令和元年10月から発行する院外処方箋の右側に、患者さんの検査値（血液検査結果）の一部を印字します。

この検査値は、かかりつけ薬局（保険薬局）の薬剤師が、

- ・お薬の量が患者さんの状態に合っているか
- ・お薬による副作用の早期発見

など、お薬の安全使用に役立つ情報として確認するために利用します。

処方箋

●患者さんへのお知らせ
下記検査値は、保険薬局薬剤師による薬の内容確認や服薬指導に活用されます。3ヶ月以内に該当検査がない場合は、空白となります。検査値の提供を望まない場合は（切り取り線）で切り離し、処方箋等を提出してください。

検査結果

項目	基準範囲	結果	検査日	項目	基準範囲	結果	検査日
WBC	4.0~8.5	5.1	2019/06/26	AST (GOT)	13~33	15	2019/06/26
Neut	10.0~20.0	8.7	2019/06/26	ALT (GPT)	8~42	13	2019/06/26
Hb	13.5~18.0	19.0	2019/06/26	CRE	0.53~1.02	0.52	2019/06/26
PLT	13.0~36.0	11.0	2019/06/26	CPK	62~287	61	2019/06/26
PT INR	0.85~1.15	0.98	2019/06/26	K	3.6~4.9	3.5	2019/06/26
HbA1c (NGSP)	4.6~6.2	6.3	2019/06/26	CRP定量	0.00~0.30	0.31	2019/06/26

●保険調剤薬局への連絡事項
疑義照会および後発医薬品への変更等の情報提供については、下記に記入の上、処方せんもつけたまま、FAXにて高松市立みんなの病院薬剤局までご送付ください。
FAX番号 087-813-9989
※平日17時15分以降、土曜日・日曜日・祝日の疑義照会の場合、お手数ですが、FAX送信とあわせて、疑義照会をFAXした旨、電話による報告をお願いします。
電話番号 087-813-7171(代表)

院外処方箋疑義照会票・後発医薬品変更連絡票（しおおよびOで囲った上で記載）
 疑義内容（変更・追加・削除・確認…一包七等） 後発医薬品変更内容（変更前後の品名・規格）

保険薬局名	FAX番号	照会日時 月 日 時 分
薬剤師名	電話番号	

以下は、高松市立みんなの病院で記入します。

回答内容

照会日時 月 日 時 分	薬剤師	記事入力	処方修正	医事連絡	備考

こちらに検査値が
印字されます

検査結果を薬局に伝えたくない場合には、お手数ですが点線部分で切り離し、それ以外の部分のみ保険薬局にお渡しください。

処方箋

切り離し

●患者さんへのお知らせ
下記検査値は、保険薬局薬剤師による薬の内容確認や服薬指導に活用されます。3ヶ月以内に該当検査がない場合は、空白となります。検査値の提供を望まない場合は（切り取り線）で切り離し、処方箋等を提出してください。

検査結果

項目	基準範囲	結果	検査日	項目	基準範囲	結果	検査日
WBC	4.0~8.5	5.1	2019/06/26	AST (GOT)	13~33	15	2019/06/26
Neut	10.0~20.0	8.7	2019/06/26	ALT (GPT)	8~42	13	2019/06/26
Hb	13.5~18.0	19.0	2019/06/26	CRE	0.53~1.02	0.52	2019/06/26
PLT	13.0~36.0	11.0	2019/06/26	CPK	62~287	61	2019/06/26
PT INR	0.85~1.15	0.98	2019/06/26	K	3.6~4.9	3.5	2019/06/26
HbA1c (NGSP)	4.6~6.2	6.3	2019/06/26	CRP定量	0.00~0.30	0.31	2019/06/26

●保険調剤薬局への連絡事項
疑義照会および後発医薬品への変更等の情報提供については、下記に記入の上、処方せんもつけたまま、FAXにて高松市立みんなの病院薬剤局までご送付ください。
FAX番号 087-813-9989
※平日17時15分以降、土曜日・日曜日・祝日の疑義照会の場合、お手数ですが、FAX送信とあわせて、疑義照会をFAXした旨、電話による報告をお願いします。
電話番号 087-813-7171(代表)

院外処方箋疑義照会票・後発医薬品変更連絡票（しおおよびOで囲った上で記載）
 疑義内容（変更・追加・削除・確認…一包七等） 後発医薬品変更内容（変更前後の品名・規格）

保険薬局名	FAX番号	照会日時 月 日 時 分
薬剤師名	電話番号	

以下は、高松市立みんなの病院で記入します。

回答内容

照会日時 月 日 時 分	薬剤師	記事入力	処方修正	医事連絡	備考

こちらを直接薬局に
渡してください

