

院外処方せんに 検査値が印字されます

令和6年1月1日から、院外処方せんに血液検査値の結果の一部を表示します。

この検査値は保険薬局でのお薬の服用量の調節や副作用の早期発見など、お薬を安全に使用するために必要な情報です。これらの検査値は医療目的で使用されるものであり、個人情報保護法に基づき、厳重に取り扱い致します。

処方箋		Page: 1/1 内科
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。) (自費)		
公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号
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
氏名 テスト 99990002 大正12年 1月 1日生 100歳 8ヶ月	性別 男	年齢 令和5年 9月 4日
住所 〒99990002 大正12年 1月 1日生 100歳 8ヶ月	電話 078-928-1700	医師 テスト 医師
交付年月日 令和5年 9月 1日	処方箋の使用期間 令和5年 9月 4日	特記事項 特記記載のある場合を除き、交付の日付を含め4日以内に保険薬局に提出してください。
処方 01	【般】ロキソロン錠60mg 分1 朝食後	1錠 7日分 以下余白
備考 リファイル可 <input type="checkbox"/> (- 回)	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、「×」を記載すること。 以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名	
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)	□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日) □3回目調剤日 (年 月 日)	
調剤済年月日 令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号	

検査結果

検査名	検査結果	単位	検査日
*WBC	73	10 ³ /μL	2023/11/1
*NEUT	70	%	2023/11/1
*PLT	7.9	10 ⁴ /μL	2023/11/1
*Hb	11.2	g/dL	2023/11/1
*T-Bil	0.3	mg/dL	2023/11/1
*AST(GOT)	16	U/L	2023/11/1
*ALT(GPT)	12	U/L	2023/11/1
*BUN	13.9	mg/dL	2023/11/1
*クレアチニン	0.71	mg/dL	2023/11/1
*eGFR	119	ml/min/1.73m ²	2023/11/1
*Na	141	mmol/L	2023/11/1
*K	3.9	mmol/L	2023/11/1
*CK	48	mg/dL	2023/11/1
*BNP	40	pg/mL	2023/11/1
*HbA1c(NGSP)	6.5	%	2023/11/1

身長：160.0cm (測定日：2023/11/1)
体重：60.0kg (測定日：2023/11/1)
体表面積：1.62㎡

※情報の表示を希望されない場合は、医師への申出により次回以降表示を行わないようにすることが可能です。

※情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、検査値欄を切り取って保険薬局へお渡しください。

医療法人社団倫生会 みどり病院
〒651-2133 兵庫県神戸市西区枝吉1丁目16番地
処方箋に関する問い合わせ
電話 078-928-1700(代表)
FAX 078-928-1772(代表)



* 保険薬局への検査値の表示を希望されない方は
診察時にお申し出下さい

* ご質問等がございましたら受付までお問い合わせ下さい

2023.11 医療法人社団倫生会 みどり病院
院長 室生卓