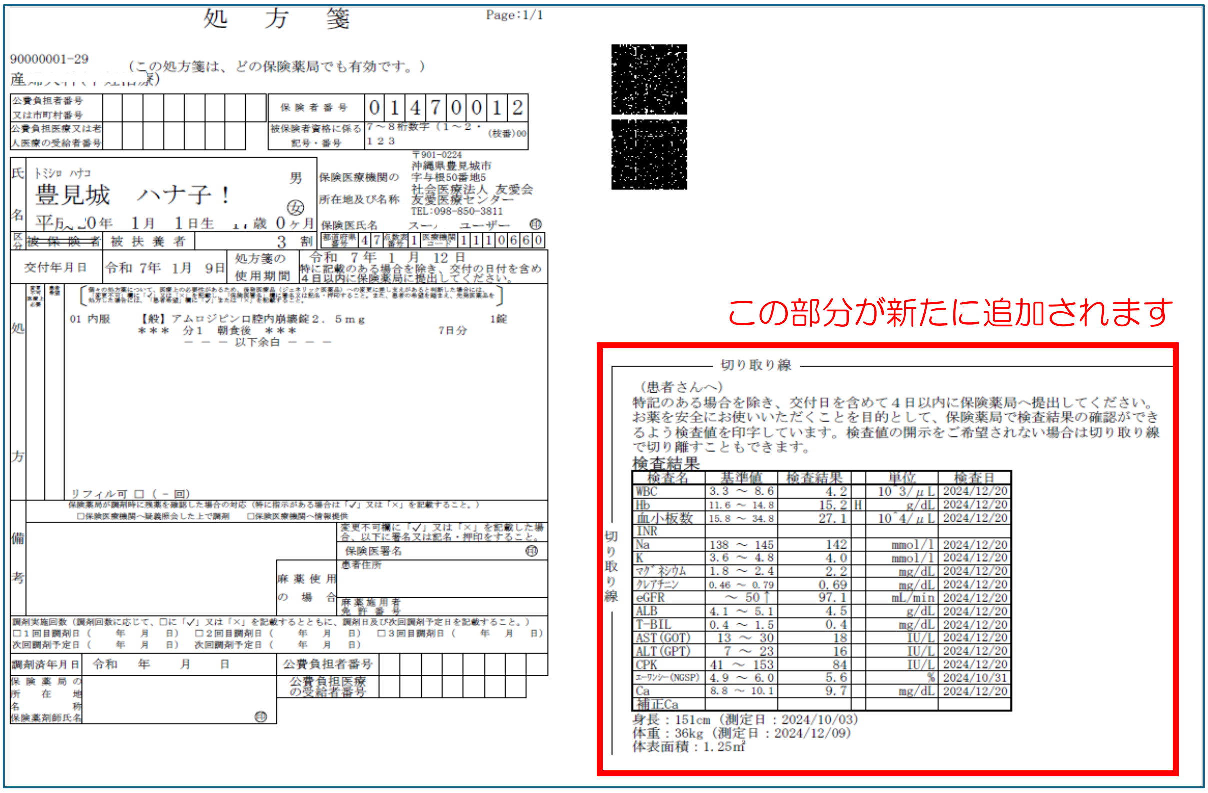
院外処方箋への検査結果表示のお知らせ

～友愛医療センター、豊見城中央病院、健康管理センター～

2025年1月20日より院外処方箋に検査値を表示することになりました。
これにより、かかりつけ薬局において適切なお薬の量が処方されているか確認したり、お薬の副作用を早期に発見することができるため、適正な薬物治療に繋がります。

見本）院外処方箋



処　方　箋　　Page:1/1

90000001-29　（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）
産　　　　）

公費負担者番号又は市町村番号		保険者番号	0 1 4 7 0 0 1 2
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	７～８桁数字（１～２・１２３　（枝番）00

氏名：トミシロ ハナコ　豊見城　ハナ子！　男 女
平成　0年　1月　1日生　　歳　0ヶ月
区分：~~被保険者~~　被扶養者　3割

保険医療機関の所在地及び名称：〒901-0224
沖縄県豊見城市
字与根50番地5
社会医療法人 友愛会
友愛医療センター
TEL:098-850-3811
保険医氏名　スー　　ユーザー　㊞
都道府県番号　4 7　点数表番号　1　医療機関コード　1 1 1 0 6 6 0

交付年月日：令和 7年　1月　9日
処方箋の使用期間：令和　7年　1月　12日　特に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 内服　【般】アムロジピン口腔内崩壊錠２．５ｍｇ　1錠
＊＊＊　分１　朝食後　＊＊＊　7日分
－ － － 以下余白 － － －
リフィル可 □（ － 回）

備考
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供
変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。
保険医署名　㊞
麻薬使用の場合　患者住所
麻薬施用者免許番号

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）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日：令和　年　月　日
公費負担者番号
保険薬局の所在地及び名称
保険薬剤師氏名　㊞
公費負担医療の受給者番号

この部分が新たに追加されます

切り取り線

（患者さんへ）
特記のある場合を除き、交付日を含めて４日以内に保険薬局へ提出してください。
お薬を安全にお使いいただくことを目的として、保険薬局で検査結果の確認ができるよう検査値を印字しています。検査値の開示をご希望されない場合は切り取り線で切り離すこともできます。

検査結果

検査名	基準値	検査結果		単位	検査日
WBC	3.3 ～ 8.6	4.2		10^3/μL	2024/12/20
Hb	11.6 ～ 14.8	15.2	H	g/dL	2024/12/20
血小板数	15.8 ～ 34.8	27.1		10^4/μL	2024/12/20
INR					
Na	138 ～ 145	142		mmol/l	2024/12/20
K	3.6 ～ 4.8	4.0		mmol/l	2024/12/20
ﾏｸﾞﾈｼｳﾑ	1.8 ～ 2.4	2.2		mg/dL	2024/12/20
ｸﾚｱﾁﾆﾝ	0.46 ～ 0.79	0.69		mg/dL	2024/12/20
eGFR	～ 50↑	97.1		mL/min	2024/12/20
ALB	4.1 ～ 5.1	4.5		g/dL	2024/12/20
T-BIL	0.4 ～ 1.5	0.4		mg/dL	2024/12/20
AST(GOT)	13 ～ 30	18		IU/L	2024/12/20
ALT(GPT)	7 ～ 23	16		IU/L	2024/12/20
CPK	41 ～ 153	84		IU/L	2024/12/20
ｴｰﾜﾝｼｰ(NGSP)	4.9 ～ 6.0	5.6		%	2024/10/31
Ca	8.8 ～ 10.1	9.7		mg/dL	2024/12/20
補正Ca					

身長：151cm（測定日：2024/10/03）
体重：36kg（測定日：2024/12/09）
体表面積：1.25㎡

検査値情報について

- 以下の検査項目について表示します。
  血球関連（白血球(WBC)、貧血(Hb)、血液凝固能(PLT、INR）、CPK
  肝機能(AST/ALT/T-Bil)、腎機能(Cr、eGFR)、血糖コントロール（HbA1c)、
  栄養状態(ALB)、電解質(Na、K、Ca(補正Ca)、Mg)
- 検査値は直近6ヶ月以内の最新の検査結果が1回分表示されます。
- 検査結果の表示を希望しない場合は、主治医へご相談いただくか、処方箋の検査値の印字箇所を切り取り線に沿って切り離して、かかりつけ薬局へご提出ください。

社会医療法人
友愛会

社会医療法人友愛会　友愛医療センター・豊見城中央病院　薬剤科