

令和8年4月1日より院外処方箋へ 検査値が記載されます。

検査値を処方箋に記載することで、保険薬局でも適切な用法・用量の確認や、副作用の早期発見が可能になります。患者様へより一層の安心・安全な医療を提供するための取り組みです。

1/1

0099990077 (この処方せんは、どの薬局でも有効です。) 0640243

公費負担者番号
又は市町村番号

公費負担医療又は
老人医療の受給者番号

保険者番号 9 6 0 0 0 0 0 0

保険医療機関の
所在地及び名称

氏名 テスト患者 21 歳 電話番号 [095] 822-3251
平成13年01月01日 18才 男性 診療科名 消化器内科
保険医氏名 テスト医師001

区分 負担割合 10割

交付年月日 平成31年03月05日 処方せんの
使用期限 平成31年03月08日

変更不可 [親々の処方箋について、後掲医薬品（ジェネリック医薬品）への変更により支えがあると判断した場合
には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]

1) ロキソプロフェン錠60mg 「EMEC」 10錠 10回分
・・・痛い時
・・・2019/03/05(火)
以下余白

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した
場合は、署名又は記名・押印すること。

保険医署名

患者住所
患者電話番号
患者医療者番号

調剤済年月日

公費負担者番号

公費負担医療又は
老人医療の受給者番号

交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出して
下さい。

患者様へ

- お薬は保険薬局でお受け取りください。
- 保険薬局へ検査結果を伝えたくない場合は中央の点線で切り離して処方箋のみ
お渡しください。
- 処方箋の有効期間は発行日を含め4日間（土日祝祭日含む）です。
- 処方箋の再発行はできません。紛失された場合は再度受診が必要になり、
費用負担（自費）が生じます。



保険薬局のみさまへ

- 不明な点がございましたら、処方医師に直接ご照会ください。
- 希望される患者様へ点線で切り離してお渡しください。

身長 -----cm 測定日

●直近3か月の主な検査結果

検査項目	結果値	検査日	基準値	検査項目	結果値	検査日	基準値
白血球数	-----	-----	3.3~8.6 ($\times 10^3 / \mu\text{L}$)	尿酸値	-----	-----	8.0~20.0 (mg/dL)
ヘモグロビン	-----	-----	11.6~14.8 (g/dL)	クレアチニン	-----	-----	0.46~0.79 (mg/dL)
血小板数	-----	-----	158~348 ($\times 10^3 / \mu\text{L}$)	eGFR	-----	-----	(ml/min/1.73m ²)
好中球	-----	-----	($\% / \mu\text{L}$)	Na	-----	-----	138~145 (mmol/L)
PT-INR	-----	-----	-----	K	-----	-----	3.6~4.8 (mmol/L)
CRP	-----	-----	0.00~0.14 (mg/dL)	Ca	-----	-----	8.8~10.1 (mg/dL)
アルブミン	-----	-----	4.1~5.1 (g/dL)	補正Ca	-----	-----	8.6~10.3 (mg/dL)
T-Bil	-----	-----	0.4~1.5 (g/dL)	血糖	-----	-----	73~109 (mg/dL)
AST	-----	-----	13~30 (U/L)	HbA1c (NGSP)	-----	-----	4.9~6.0 (%)
ALT	-----	-----	7~23 (U/L)	TC (総)	-----	-----	142~248 (mg/dL)
CK	-----	-----	41~153 (U/L)	LDL-C	-----	-----	65~163 (mg/dL)
Mg	-----	-----	1.7~2.6 (mg/dL)	HDL-C	-----	-----	男38~90 女48~103 (mg/dL)

保険薬局へ検査結果を伝えたくない場合は中央の
点線で切り離して処方箋のみお渡しください。

※院外処方箋の様式が一部変更となりますが、
従来通り保険薬局へ提出してください。

ご理解とご協力をお願いいたします。

長崎記念病院