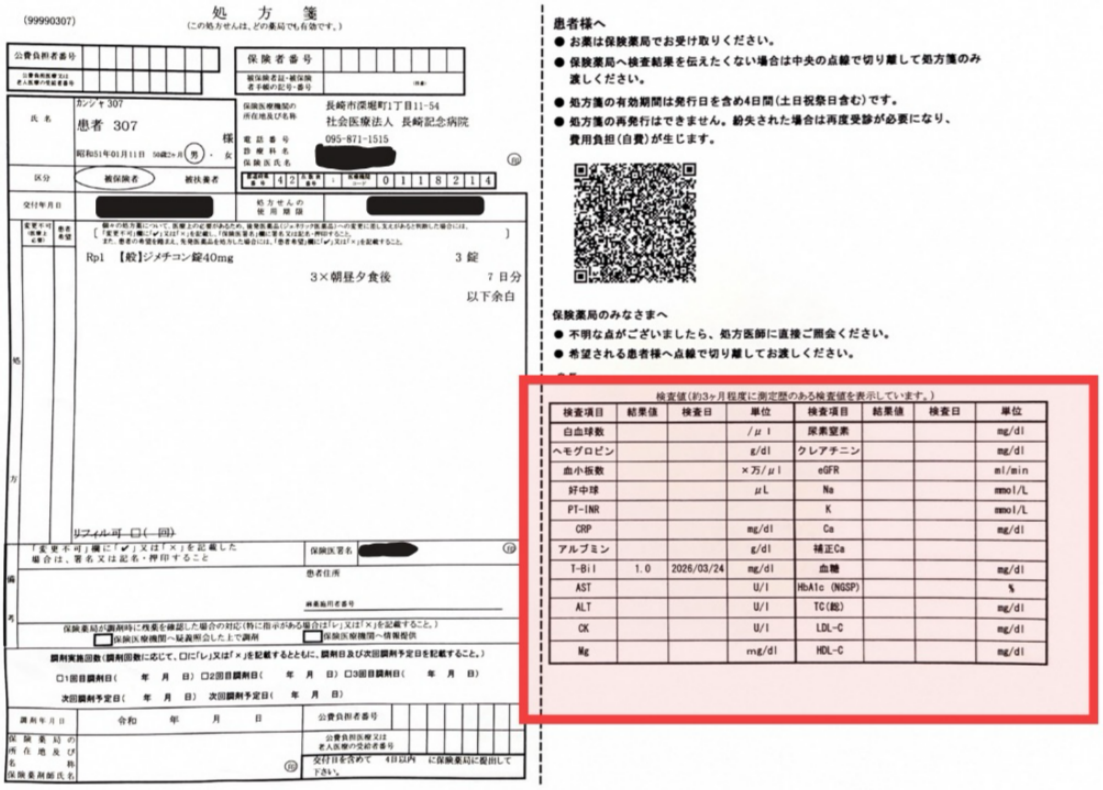
令和8年４月１日より院外処方箋へ検査値が記載されます。

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。



(99990307)

処　方　箋
（この処方せんは、どの薬局でも有効です。）

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
保険者番号
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
氏名　カンジャ 307　患者 307　様
昭和51年01月11日　50歳2ヶ月　男・女
区分　被保険者　被扶養者
保険医療機関の所在地及び名称　長崎市深堀町1丁目11-54　社会医療法人 長崎記念病院
電話番号　095-871-1515
診療科名
保険医氏名　[redacted]
医療保険者番号　4 3 ・ 0 1 1 8 2 1 4
交付年月日　[redacted]
処方せんの使用期限　[redacted]

処方
Rp1　【般】ジメチコン錠40mg　3錠
3×朝昼夕食後　7日分
以下余白

~~リフィル可 □（一回）~~

「変更不可」欄に「✓」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　[redacted]
患者住所
検案施行者番号

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「レ」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

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」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）

調剤年月日　令和　年　月　日
保険薬局の所在地及び名称　保険薬剤師氏名
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。

保険薬局のみなさまへ
- 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。

検査値（約3ヶ月程度に測定歴のある検査値を表示しています。）

検査項目	結果値	検査日	単位	検査項目	結果値	検査日	単位
白血球数			/μl	尿素窒素			mg/dl
ヘモグロビン			g/dl	クレアチニン			mg/dl
血小板数			×万/μl	eGFR			ml/min
好中球			μL	Na			mmol/L
PT-INR				K			mmol/L
CRP			mg/dl	Ca			mg/dl
アルブミン			g/dl	補正Ca			
T-Bil	1.0	2026/03/24	mg/dl	血糖			mg/dl
AST			U/l	HbA1c (NGSP)			%
ALT			U/l	TC(総)			mg/dl
CK			U/l	LDL-C			mg/dl
Mg			mg/dl	HDL-C			mg/dl

<u>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。</u>

※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