

当院受診の患者さんへ

市立長浜病院 院長

院外処方箋に関わるお知らせ

この度、当院では地域の保険薬局と連携して患者さんに安心な薬物療法を提供するため、患者さんの検査値・身体情報の一部を院外処方箋に表示するとともに、一般名処方を開始いたします。

開始日：2019年1月1日

保険薬局へ知らせたくない場合は、ご自身で検査値を切り取っていただくことができます。検査値の表示を希望されない方は、主治医に申し出ていただくことで表示しないことが可能です。また、検査値の内容については、当院中央検査技術科HP『おもな血液・尿検査結果の簡単な見方』パンフレットをご覧ください。

一般名処方とは...？

お薬の一般名(有効成分名)を処方箋に記載する方法です。処方箋には【般】+「一般名」+「剤形」+「含量」で記載されます。調剤薬局で患者さんご自身が希望して後発医薬品・先発医薬品を選んでいただくことができます。

ただし、医師が治療上の理由により、先発医薬品を指定している場合は、この限りではありません。

ご不明な点等がございましたら、スタッフまでお問い合わせください。 市立長浜病院 薬剤科 医事課

＜院外処方箋の記載例＞ ※若干変更になる場合があります

| 院 外 処 方 箋 | | | | | | | | | | 患者さんへの連絡事項 | | 引換券番号 | | | | | |
|---|------|----------|---|--------------------------|---------------------------------------|------------------|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 (市町村番号) | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担医療・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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 患 者 | 氏 名 | | フリガナ | | 〒526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313番地 | | | | | | | | | | | | |
| | 患者氏名 | | 市立長浜病院 | | (代表)TEL 0749-68-2300 FAX 0749-65-1259 | | | | | | | | | | | | |
| | 患者ID | | 保険医師名 医師名 | | 診療科 | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | 生 ●●歳●ヶ月 | | 都道府県 コード | | 点数表 番号 | | 医療機関 コード | | 0 3 0 1 3 7 3 | | | | | | | |
| 交付 年月日 | | 平成 年 月 日 | | 交付日を含めて4日以内に保険薬局へ提出すること。 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更不可 | | | | | | | | | | 個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」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。 | | | | | | | |
| 処 方 | | | | | | | | | | 01. 【般】ロスバスタチンナトリウム錠5mg | | 1 錠 | | | | | |
| | | | | | | | | | | リクシアナOD錠60mg | | 0.5 錠 | | | | | |
| | | | | | | | | | | ネキシウムカプセル20mg | | 1 Cap | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1日1回 朝食後 | | 14 日分 | | | | | |
| | | | | | | | | | | 02. 【般】カルベジロール錠1.25mg | | 2 錠 | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1日2回 朝夕食後 | | 7 日分 | | | | | |
| 備 PAGE: | | | 「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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調剤年月日 | | 平成 年 月 日 | | 調剤済 | | 公費負担医療 の受給者番号 | | | | | | | | | | | |
| 保険薬局の 所在地及び名称 | | | | 公費負担医療又は 老年医療の受給者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険薬剤師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

患者さんへの連絡事項

この処方箋は、保険などの確認のため、会計窓口へお出しください。

検収印のない処方箋では、保険調剤薬局でお薬を受け取ることができません。

処方箋の使用期間は **平成●年●月●日** までです。

院外処方箋には使用期限があります。

使用期間内に、保険調剤薬局へ提出してください。

下記の情報は保険調剤薬局でより安全にあなたのお薬を管理していくために有用な情報です。

知られたくない場合には、右半分を切り離し、左半分のみをご提出いただいてもかまいません。

保険調剤薬局への連絡事項

下記項目は、処方監査や服薬指導などにご活用ください。

患者さんが希望すれば、切り離してお渡してください。

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています)

| 検査項目 | WBC (×10 ³) | Neut (×10 ³) | Hb | Plt (×10 ³) | AST | ALT | T-Bil |
|------|----------------------------|-----------------------------|----|----------------------------|-----|-----|-------|
| 結果 | | | | | | | |
| 検査日 | | | | | | | |

| 検査項目 | CRE | eGFR (mL/1.73mf) | CPK | CRP | HbA1c | K | PT-INR |
|------|-----|---------------------|-----|-----|-------|---|--------|
| 結果 | | | | | | | |
| 検査日 | | | | | | | |

身体情報

| | | | | | |
|-----|----|-----|----|------|----------------|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m ² |
| 測定日 | | 測定日 | | | |

〒526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313番地

市立長浜病院

(代表) TEL 0749-68-2300
FAX 0749-65-1259