令和７年３月４日

保険薬局　各位

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院
薬剤部

院外処方箋への検査値等の表示について

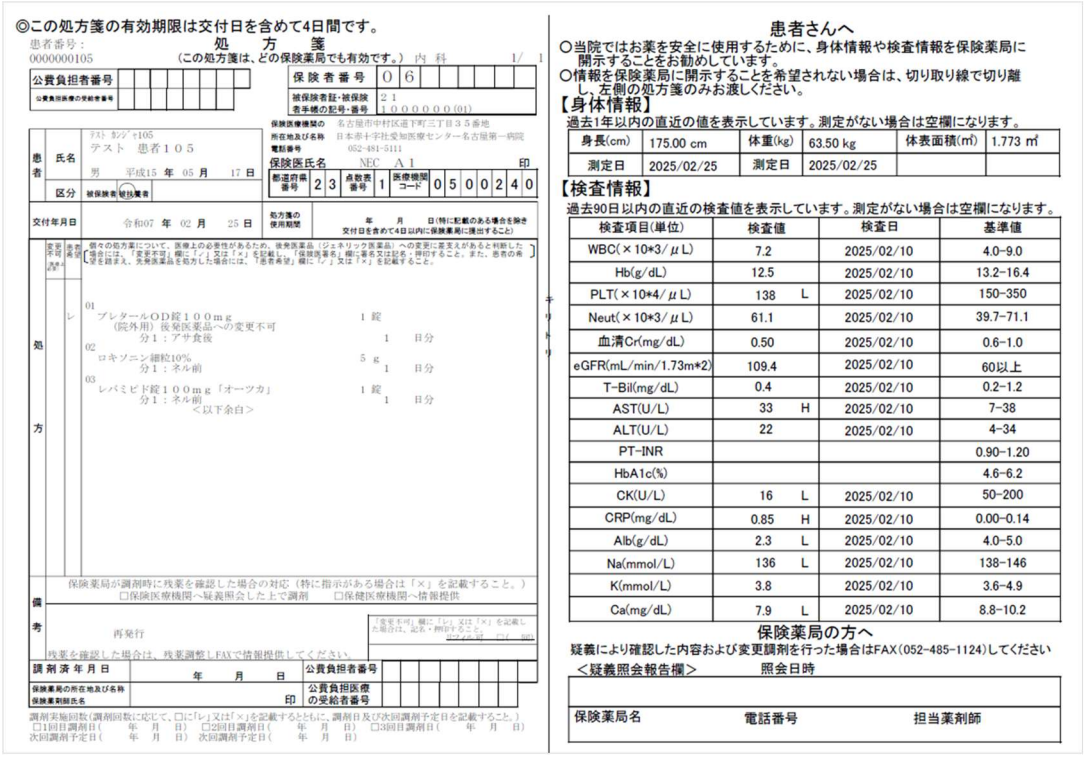
当院では地域の保険薬局の先生方と連携し患者さんへ適切な医療を提供することを目的として、院外処方箋に検査値（一部）および身長・体重・体表面積を表示する事と致しました。様式の変更は、令和７年３月26日（水）より開始となります。

表示される検査値は過去90日以内に測定された直近のデータです。身長・体重・体表面積については過去 1 年以内に測定された直近のデータです。それぞれの期間内に測定が無い場合は空欄となります。

患者さんの検査値を参照し、処方監査や服薬指導等にご活用いただきことで、より安全で効果的な治療を提供する事が出来ると考えています。

ご理解とご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

（サンプル図）



◎この処方箋の有効期限は交付日を含めて4日間です。

処　方　箋

患者番号：0000000105

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）内科　1/ 1

公費負担者番号

保険者番号　06

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号　21　1000000(01)

患者　氏名　テスト　患者105

男　平成15年05月17日

区分　被保険者・被扶養者

保険医療機関の所在地及び名称　名古屋市中村区道下町三丁目35番地　日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

電話番号　052-481-5111

保険医氏名　NEC A1　印

都道府県番号　23　点数表番号　1　医療機関コード　0500240

交付年月日　令和07年02月25日

処方箋の使用期間　年　月　日（特に記載のある場合を除き交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること）

変更不可　患者希望

（個々の処方薬について、医学上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に甚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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。）

処方

01　プレタールOD錠100mg　1錠
（院外用）後発医薬品への変更不可
分1：アサ食後　1　日分

02　ロキソニン細粒10%　5g
分1：ネル前　1　日分

03　レバミピド錠100mg「オーツカ」　1錠
分1：ネル前　1　日分
＜以下余白＞

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「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保健医療機関へ情報提供

再発行

残薬を確認した場合は、残薬調整しFAXで情報提供してください。

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、記名・押印すること。

調剤済年月日　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　印　公費負担医療の受給者番号

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）

患者さんへ

○当院ではお薬を安全に使用するために、身体情報や検査情報を保険薬局に開示することをお勧めしています。
○情報を保険薬局に開示することを希望されない場合は、切り取り線で切り離し、左側の処方箋のみお渡しください。

【身体情報】

過去1年以内の直近の値を表示しています。測定がない場合は空欄になります。

身長(cm)	175.00 cm	体重(kg)	63.50 kg	体表面積(㎡)	1.773 ㎡
測定日	2025/02/25	測定日	2025/02/25		

【検査情報】

過去90日以内の直近の検査値を表示しています。測定がない場合は空欄になります。

検査項目(単位)	検査値	検査日	基準値
WBC(×10*3/μL)	7.2	2025/02/10	4.0-9.0
Hb(g/dL)	12.5	2025/02/10	13.2-16.4
PLT(×10*4/μL)	138 L	2025/02/10	150-350
Neut(×10*3/μL)	61.1	2025/02/10	39.7-71.1
血清Cr(mg/dL)	0.50	2025/02/10	0.6-1.0
eGFR(mL/min/1.73m*2)	109.4	2025/02/10	60以上
T-Bil(mg/dL)	0.4	2025/02/10	0.2-1.2
AST(U/L)	33 H	2025/02/10	7-38
ALT(U/L)	22	2025/02/10	4-34
PT-INR			0.90-1.20
HbA1c(%)			4.6-6.2
CK(U/L)	16 L	2025/02/10	50-200
CRP(mg/dL)	0.85 H	2025/02/10	0.00-0.14
Alb(g/dL)	2.3 L	2025/02/10	4.0-5.0
Na(mmol/L)	136 L	2025/02/10	138-146
K(mmol/L)	3.8	2025/02/10	3.6-4.9
Ca(mg/dL)	7.9 L	2025/02/10	8.8-10.2

保険薬局の方へ

疑義により確認した内容および変更調剤を行った場合はFAX（052-485-1124）してください

＜疑義照会報告欄＞　照会日時

保険薬局名　電話番号　担当薬剤師

問い合わせ先：薬剤部　052-481-5111（内線 20537）