

院外処方せん 検査値表記について

令和4年2月1日(火)より開始します

当院では院外処方せんに検査値の一部を表示します。
この検査値は、体調に合わせたお薬の量の調節や副作用の早期発見など、お薬を安全に使用するために役立つ情報であり、保険薬局(調剤薬局)で参考にされます。

院外処方せん(サンプル)

処方箋 Page:1

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担番号 又は市町村番号	保険者番号	01250018
公費負担医療者番号 又は医療機関の名称	被保険者氏名・保険者 番号(番号・姓)	〒509-3851 滋賀県甲賀市信楽町長野 473番地 甲賀市立信楽中央病院 所在地及び名称 TEL:0748-82-0249
氏名	テスト タヌキ	男
生年月日	昭和52年9月9日	9日生
性別	男	保険者氏名 全科共通
交付年月日	令和3年12月2日	処方箋の 有効期間 4日以内(保険薬局に提出してください)
処方	01 【統】方剤①口腔内崩壊錠20mg 1日2回 朝・夕 食後 2錠 14日分	
	02 【統】②③④錠100mg 1日3回 朝・昼・夕 食後 3錠 14日分	
	03 【統】⑤⑥⑦錠200mg 頓用 発熱時・痛い時 2錠 100日分	
備考	変更不可欄「○」又は「×」を記載した場合は、以下に署名又は正名・捺印をすること。 保険医署名 印	
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号
保険薬局の 所在地名		公費負担医療 者の番号
調剤済年月日		

患者様への通知
この処方箋の使用
記載の使用期限を過

以下の検査結果情報は、保険薬局
副作用を予防するために必要な

こちらに検査値が
表示されます

検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
白血球数	33 ~ 86	128	/MCL*100	2021/12/02
血色素量	13.7 ~ 16.8	15.5	G/DL	2021/12/02
血小板数	15.8 ~ 34.8	16.3	万/MCL	2021/12/02
P T - I N R				
AST(GOT)	13 ~ 30	20	U/L	2021/12/02
ALT(GPT)	10 ~ 42	30	U/L	2021/12/02
T - B I L	0.3 ~ 1.2	1.0	MG/DL	2021/12/02
クレアチニン	0.65 ~ 1.07	1.00	MG/DL	2021/12/02
e G F R c r e	60 ~	65.48	μL/MIN/1.73M2	2021/12/02
e G F R c r e				
C P K	59 ~ 248	60	U/L	2021/12/02
K	3.6 ~ 4.8	5.0	MFQ/L	2021/12/02
D B A L e / L A				2021/12/02

身長: 170cm (測定日: 2020/08/24)
体重: 70kg (測定日: 2020/08/24)
体表面積: 1.81㎡

