

2019年5月15日

保険薬局 各位

香川県立中央病院 病院長

院外処方箋への検査値印字開始および

後発医薬品代替調剤連絡票の FAX 廃止について

平素より当院の処方箋応需をいただきありがとうございます。

このたび、香川県立中央病院では病薬連携の一環として、下記の通り院外処方箋の右欄に患者さんの臨床検査値の一部を印字することになりました。

これにより、後発医薬品代替調剤連絡票 FAX を廃止いたします。

保険薬局各位におかれましては、臨床検査を参照することで、より適切な薬物療法の実践にご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

開始日：2019年5月21日(火)

内容：別紙参照

備考：臨床検査値を参照し、薬物療法に疑義が生じた場合は、疑義照会またはトレーシングレポートをご活用下さい。

以上

【問い合わせ先】

香川県立中央病院 TEL:087-811-3333(代表)

【運用に関すること】 薬剤部 内線：5829

【処方内容に関すること】 各診療科へ

【保険に関すること】 医事課 内線：2110

【トレーシングレポート送付先】 薬剤部 FAX：087-802-1346

① 院外処方箋の印刷見本

処方箋

(この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	0000000
---------	--	-------	---------

公費負担医療	被保険者証・被保険
--------	-----------

後発医薬品代替調剤FAX連絡票

後発医薬品に代替調剤した場合は、調剤当日また
FAXにて当連絡票を香川県立中央病院医事課まで
送付ください。

FAX番号：(087)-802-1184

香川県立中央病院
〒760-0065 香川県高松市朝日町1-2-1

変更前

変更後

処方された先発品 (又は後発品)		変更	変更後の後発品		
名称	薬価		名称	メーカー	薬価
		→			
		→			
		→			
		→			

FAXは不要となります

調剤薬局名称	
電話番号	
調剤年月日	平成 年 月 日

(備考)
患者負担総額 円 → 患者負担総額 円

(コメント)

処方箋に関するお問い合わせ先

- ・ 保険に関する問い合わせは医事課外来(内2110)まで
- ・ 処方内容の疑義は各診療科まで問い合わせ下さい。

TEL番号：(087)-811-3333 (代)

【患者さんへのお知らせ】

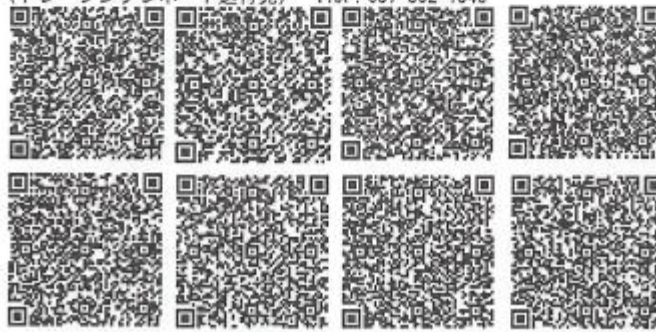
- 処方箋の使用期間は交付日を含め4日間(休日を含む)です。使用期間を過ぎた場合は、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 下記検査値は、保険薬局薬剤師による薬の内容確認や服薬指導に活用されます。検査値の提供を望まない場合は(切り取り線)で右半分を切り離し、処方箋だけを提出してください。

【保険薬局への連絡事項】

- 次回受診日と検査値を確認の上、調剤をお願いします。下記以外の検査値が必要な場合は患者さんに確認をお願いします。
- 30日以内に検査がない場合は、結果欄に「*」と表示されます。
- 即時性の低い連絡事項はトレーシングレポートをご活用ください。
- 後発品への変更のFAXは不要です。
- 以下が空白の場合は医師の判断により検査値を表示させていません。

検査項目	検査日	結果値	単位
CRP	2019/04/02	1.87	mg/dL
WBC	2019/04/01	8.7	$\times 10^3/\mu\text{L}$
NEU数	*	*	個/ μL
Hb	2019/04/02	12.1	g/ μL
PLT	*	*	$\times 10^4/\mu\text{L}$
AST	2019/04/02	1790	IU/L
ALT	2019/04/02	1068	IU/L
T-BIL	*	*	mg/dL
sCr	*	*	mg/dL
eGFR	2019/04/02	47.5	mL/分/1.73m ²
K	2019/04/02	3.6	mEq/L
HbA1c	*	*	%
CK	*	*	IU/L
PT-INR	*	*	-

(処方箋に関するお問い合わせ先) TEL: 087-811-3333 (代)
処方内容に関することは各診療科へ
保険に関することは医事課(内2110)へお問い合わせください
(トレーシングレポート送付先) FAX: 087-802-1346



QRコードが8個の場合、処方内容の全てがQR化されていない可能性があります。処方内容(文字)との照合確認をお願い致します。

②記載する情報について

- 直近30日以内の最新の検査値を表示しています。
- 検査がない場合は、結果欄に「*」と表示されます。
- 体表面積が必要な場合は、患者さんへ身長・体重の聞き取りをお願いします。
- 下記以外の検査値が必要な場合は患者さんに確認をお願いします。
- 検査値欄自体が空白の場合は医師の判断により検査値を表示させていません。

患者さんが、保険薬局へ検査値の提示を希望しない場合は〈切り取り線〉で切り取り、左半分の処方箋のみの提出となります。

検査項目	検査日	結果値	単位
CRP	2019/3/5	1.0	mg/dL
WBC	2019/3/5	5.0	$\times 10^3/\mu\text{L}$
NEU数	2019/3/5	2500	個/ μL
Hb	2019/3/5	10.0	g/dL
PLT	2019/3/5	14	$\times 10^4/\mu\text{L}$
AST	2019/3/5	51	IU/L
ALT	2019/3/5	16	IU/L
T-BIL	*	*	*
sCr	2019/3/5	0.71	Mg/dL
eGFR	2019/3/5	86.7	mL/分/1.73m ²
K	2019/3/5	4.3	mEq/L
HbA1c	*	*	*
CK	*	*	*
PT-INR	2019/2/15	1.60	

検査値を参照し、薬物療法に疑義が生じた場合は、疑義照会またはトレーシングレポートご活用ください。

【処方内容に関する疑義照会】各診療科へ

【トレーシングレポート送付先】FAX：087-802-1346

③院外処方箋に記載される検査値の基準値と解説

基準値は2018年10月現在のものです。基準値は予告なく変更になる場合があります。

略称	名称	基準範囲	単位	解説要約
CRP	C反応性蛋白	0.00-0.14	mg/dL	炎症・腫瘍・ストレス・組織破壊などに伴って増加する蛋白の一種
WBC	白血球数	3.3-8.6	$\times 10^3/\mu\text{L}$	血液 1 μL (1立方ミリメートル) 中に含まれる白血球の総数
NEU数	好中球 (絶対数)	-	個/ μL	白血球の一種。細菌・真菌・原虫などが侵入したところに集まり、細菌などを貪食・殺菌・消化する生体防御の最前線で働く細胞。感染、炎症などで増加
Hb	ヘモグロビン, 血色素	男13.7-16.8 女11.6-14.8	g/dL	赤血球に含まれる赤色の蛋白。酸素・炭酸ガスを運ぶ。貧血の診断に用いる
PLT	血小板数	15.8-34.8	$\times 10^4/\mu\text{L}$	毛細血管の補強と破れたとき固まって血を止める。2万以下は出血しやすい
AST(GOT)	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ	13-30	IU/L	酵素の一種。肝臓・心筋・骨格筋に含まれ、肝臓病や心筋梗塞のとき上昇
ALT(GPT)	アラニンアミノトランスフェラーゼ	8-36	IU/L	酵素の一種。肝臓に多く含まれる。肝障害で上昇
T-BIL	総ビリルビン	0.4-1.5	mg/dL	直接ビリルビンと間接ビリルビンを合計したもの。黄疸で上昇
sCr	クレアチニン	男0.65-1.07 女0.46-0.79	mg/dL	腎臓から尿中に排泄されるので腎機能の指標になる。腎不全や心不全で増加
eGFR	推算GER	60.0(下限)	mL/分/1.73m ²	血清クレアチニン値から計算された腎機能の指標 体表面積1.73m ² あたりの値、体表面積に応じて補正必要
K	カリウム	3.6-4.8	mEq/L	生命維持に必須の電解質の一種。神経・筋肉・心臓などの働きに関与する
HbA1c	ヘモグロビンA1c, 糖化ヘモグロビン	4.7-6.2	%	過去1～2ヶ月間の平均血糖を反映する。糖尿病の診断・療養の指標に用いる
CK	クレアチンキナーゼ	男59-248 女40-188	IU/L	酵素の一種、骨格筋・心筋に多い。心筋梗塞、心筋疾患の診断に用いる
PT-INR	プロトロンビン時間 INR (国際比)	0.90-1.05	-	血液が凝固するときに働く一連の因子 (組織因子, 第VII, X因子, プロトロンビン, フィブリノゲン) の量と機能を総合的にみる検査。出血しやすい病気の診断や血栓予防で服用するワーファリンの効果を判定するときに用いる。INRを指標に用いる