

# 院外処方箋への検査値等の表示開始について

当院では保険薬局と連携して外来患者さんに、より安全で安心な医療を提供することを目的に、院外処方箋に患者さんの検査値の一部を表示いたします。

令和7年8月1日(金)より開始

電子処方箋対応  
引換番号: 09:41144

**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  
又は市町村番号  
公費負担医療又は  
本人所得の交付番号

氏 名 カタギリ タカミナ  
片桐 隆道

生年月日 1974年12月16日 男性

区 分 被保険者

交付年月日 令和4年04月15日 地方自治体の  
使用期限 令和4年04月18日

処方 1) オルメテック錠20mg  
リヒトール錠10mg  
・・・1日1回 朝食後  
・・・2022/04/15(金)  
2) メトグルコ錠250mg  
・・・1日3回 朝・昼・夕食後  
・・・2022/04/15(金)  
以下余白

保険医署名 (「受診する」欄に「し」と記入し、氏名を記載した。)  
(「受診する」欄に「し」と記入し、氏名を記載した。)

調剤年月日 令和 年 月 日 公費負担者番号  
保険薬局の所有  
番号 公費負担医療  
の交付番号

※保険負担についてご不明な点は、医事課会計窓口までお問い合わせ下さい。

1/1  
9999901398  
10003573

保険者番号 0 1 2 3 1 0

被保険者証・被保険  
者手帳の記号・番号

保険医療機関の 所在地及び名称 町立西和賀さわうち病院  
電話番号 0197-85-3131

保険医氏名 富士通 太郎

【患者さんへ】  
●当院ではお薬を安全に使用するために、検査情報や身体情  
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。

【検査情報】 (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   | 結果値 | 検査日 | 単位 |
|--------|-----|-----|----|
| WBC    |     |     |    |
| Hb     |     |     |    |
| PLT    |     |     |    |
| Neut   |     |     |    |
| T-BIL  |     |     |    |
| AST    |     |     |    |
| ALT    |     |     |    |
| γ-GTP  |     |     |    |
| PT-INR |     |     |    |
| CRP    |     |     |    |
| K      |     |     |    |
| BUN    |     |     |    |
| Cr     |     |     |    |
| eGFR   |     |     |    |
| CK     |     |     |    |
| HbA1c  |     |     |    |

QRコード

## どんなメリットがあるの??

- ・保険薬局の薬剤師が医師とは異なる視点で検査値を確認することで、お薬の量が患者さんの状態に合っているか、お薬による副作用が発生していないかを確認しやすくなります。

## 検査結果を薬局に伝えたくない場合は??

- ・中央の点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみ渡してください。
- ・お薬による治療をより安全に行うために検査値の確認は重要です。

保険薬局に渡されることをお勧めします。

電子処方箋対応  
引換番号: 09:41144

**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  
又は市町村番号  
公費負担医療又は  
本人所得の交付番号

氏 名 カタギリ タカミナ  
片桐 隆道

生年月日 1974年12月16日 男性

区 分 被保険者

交付年月日 令和4年04月15日 地方自治体の  
使用期限 令和4年04月18日

処方 1) オルメテック錠20mg  
リヒトール錠10mg  
・・・1日1回 朝食後  
・・・2022/04/15(金)  
2) メトグルコ錠250mg  
・・・1日3回 朝・昼・夕食後  
・・・2022/04/15(金)  
以下余白

保険医署名 (「受診する」欄に「し」と記入し、氏名を記載した。)  
(「受診する」欄に「し」と記入し、氏名を記載した。)

調剤年月日 令和 年 月 日 公費負担者番号  
保険薬局の所有  
番号 公費負担医療  
の交付番号

※保険負担についてご不明な点は、医事課会計窓口までお問い合わせ下さい。

1/1  
9999901398  
10003573

保険者番号 0 1 2 3 1 0

被保険者証・被保険  
者手帳の記号・番号

保険医療機関の 所在地及び名称 町立西和賀さわうち病院  
電話番号 0197-85-3131

保険医氏名 富士通 太郎

【患者さんへ】  
●当院ではお薬を安全に使用するために、検査情報や身体情  
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。

【検査情報】 (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   | 結果値 | 検査日 | 単位 |
|--------|-----|-----|----|
| WBC    |     |     |    |
| Hb     |     |     |    |
| PLT    |     |     |    |
| Neut   |     |     |    |
| T-BIL  |     |     |    |
| AST    |     |     |    |
| ALT    |     |     |    |
| γ-GTP  |     |     |    |
| PT-INR |     |     |    |
| CRP    |     |     |    |
| K      |     |     |    |
| BUN    |     |     |    |
| Cr     |     |     |    |
| eGFR   |     |     |    |
| CK     |     |     |    |
| HbA1c  |     |     |    |

QRコード