

令和4年8月1日

九州労災病院で院外処方箋を受け取られた患者さんへ

## 院外処方箋様式の変更について

この度、九州労災病院では情報システムの更新により、8月1日(月)より院外処方箋の様式を変更いたしました。

主な変更点は、処方箋の大きさがA4縦からA4横へ変わった点と、左側に処方箋、右側には注意事項と検査値を記載することになりました。新たに記載した検査結果等を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙の点線部分で切り離し、左側の「院外処方箋」のみ保険薬局にお渡しください。

処方箋の使用期限等に関しましては、従来通りとなっておりますので、処方箋を受け取られた日から4日以内に保険薬局にてお薬をお受け取り下さい。また、処方箋を紛失された場合や、期限が切れてしまった場合には院外処方箋の再発行はできません。再受診が必要となり費用の負担が発生しますので、ご注意ください。また、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更をご希望の場合は、保険薬局にご相談ください(医師の指示により変更できない場合もありますのでご了承ください)。

九州労災病院 薬剤部長  
長島 章

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

患者番号 : 0099950005 科名 内科

公費負担者番号		被保険者番号		2		1		4		1	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									
患者	フリガナ	ヤカザイブ テスト01			年令	47歳2ヶ月					
	氏名	薬剤部 テスト01			所在地及び名称	北九州市小倉南区曾根北町1-1 九州労災病院					
	生年月日	昭和50年05月05日 (男)			電話番号	(093)471-1121					
者	区分	①. 被保険者 ②. 被扶養者			保険医氏名	テスト 医師 印					
	交付年月日	令和04年07月26日			麻薬施用番号						
処方	変更不可	<input type="checkbox"/> 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更と差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。 <input type="checkbox"/> 備考欄に特に記載のある場合を除き交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。									
	01	タケキャブ錠10mg			1錠	1錠					
		1回 1錠 (1日 1錠)				1日1回 朝食後					
	02	メコバラミン錠500μg「トーワ」			3錠	8日分					
	1回 1錠 (1日 3錠)				1日3回 毎食後						
03	プレドニン錠 5mg			12錠	5日分						
	(1日 12錠)				朝6、昼4、夕2						
	1日3回 毎食後										
04	バクタラミン配合錠			1錠	3日分						
	1回 1錠 (1日 1錠)				火・木・土						
	1日1回 朝食後				1日おきに (隔日)						
備考	「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。										
	【一包化】										
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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤済年月日		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		公費負担医療の受給者番号									

患者さんへ(注意事項)

- この処方箋は「院外処方箋」です。有効期限は交付日を含めて4日以内です。記載の使用期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることができません。
- 「院外処方箋」の再発行はできません。紛失された場合、期限が切れた場合は、再受診が必要となり費用負担が生じます。
- 検査結果等を保険薬局に伝えたくない場合は、用紙の点線部分で切り離し、「院外処方箋」のみ保険薬局にお渡しください。
- 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更をご希望の場合は、保険薬局にご相談ください(医師の指示により変更できない場合もありますのでご了承ください)。

保険薬局への連絡事項

- 疑義照会については、原則 8:30~17:15にお電話にて処方医へお問い合わせください。

検査値

- 検査値は、直近の値とその前の2回分を表示しています。

項目	結果	検査日	項目	結果	検査日
WBC	****	****	Neutro	****	****
x10 <sup>3</sup> /μl	****	****	%	****	****
PLT	****	****	PTINR	****	****
x10 <sup>3</sup> /μl	****	****		****	****
AST	****	****	ALT	****	****
U/l	****	****	U/l	****	****
γ-GTP	****	****	T-BiL	****	****
U/l	****	****	mg/dl	****	****
CRE	****	****	eGFR	****	****
mg/dl	****	****		****	****
CRP	****	****	A1c(NGSP)	****	****
mg/dl	****	****	%	****	****

保険薬局への連絡事項 (医師→薬局)

処方医から保険薬局への連絡事項

- 処方医から連絡事項があり返信する場合は、FAXにて下記へ返信をお願いします。

疑義照会 : 093-471-1121 FAX : 093-475-9723

