

# 令和6年4月24日(水)から 院外処方箋への検査値印字を 開始します

細木病院では、医薬品の適正使用を進めるため、令和6年4月24日(水)から  
**血液検査結果の一部を院外処方箋の右半分に印字することといたしました。**  
この検査値は、お薬の量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)での薬の確認や服薬指導に活用されます。

2024年03月12日 14時05分34秒  
ID=000000002 (この地方せんば、どの保険薬局でも有効です)

**処方箋**

公費負担者番号	保険者番号	0501
氏名	性別	年齢
生年月日	昭和33年 3月 3日	男
区分	院外処方	
交付年月日	平成36年 3月 7日	

【例】ロキソプロフェンNa錠 40mg ..... 1錠  
【用法】 1日1回朝食後  
----- 以下空白 -----

**疑義照会FAX送付**

疑義がある場合は、左側の処方箋と一緒にFAXでお送りください。

宛先	細木病院 薬剤部 FAX 088-871-3810
発信者(住所・氏名・TEL・FAX)	

**疑義内容**

処方箋(追加・変更・削除等)  用法用量  処方日数  
 調剤方法  その他  
※投薬調整のための疑義は、その理由を記載してください。

調剤	受信者	調剤者
----	-----	-----

全てのコードを読み込んで下さい

**検査値印字**

検査項目	AST	ALT	γ-GTP	胆红素	HbA1c
検査日	2023/12/31	2024/2/8	2024/3/7	**	2024/1/15
結果値	45.00 H	30.00	0.30 L	**	11.20 L **

尚、保険薬局への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、左側の処方箋だけを提出してください。



**お問い合わせ先：細木病院 薬剤部**