

# 院外処方箋の書式変更 について

薬剤師会説明資料 2019年2月作成



高槻赤十字病院

薬剤部 小島一晃

# 院外処方箋書式変更の概要

保険薬局と協働して適正な薬物治療が行える環境を強化することが目的。

- 1)検査値印字の導入
- 2)一般名処方の導入
- 3)QRコード印字の導入



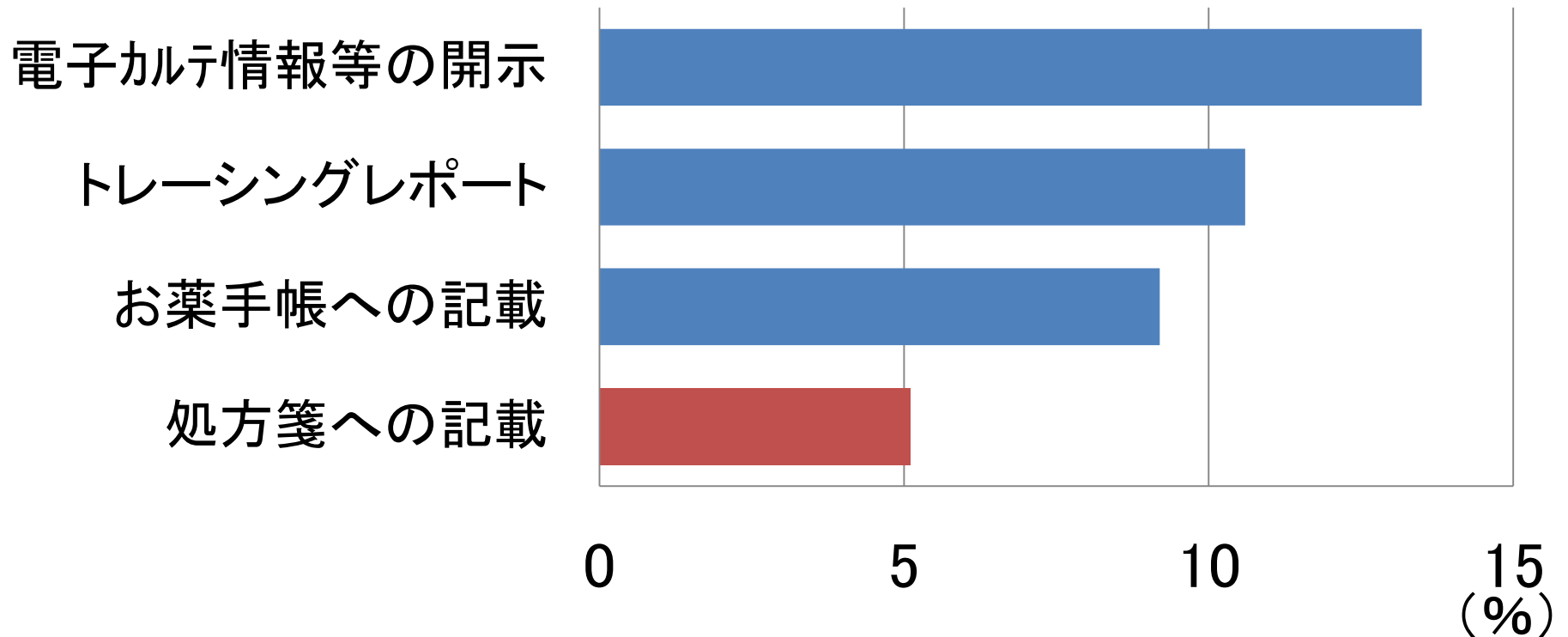
2019年4月1日の電子カルテシステムの更新に合わせて実施予定。

# 検査値印字の導入

## 【PMDAの調査報告】

保険薬局に対する検査結果の情報提供（2014年）

（病院：n=2157）



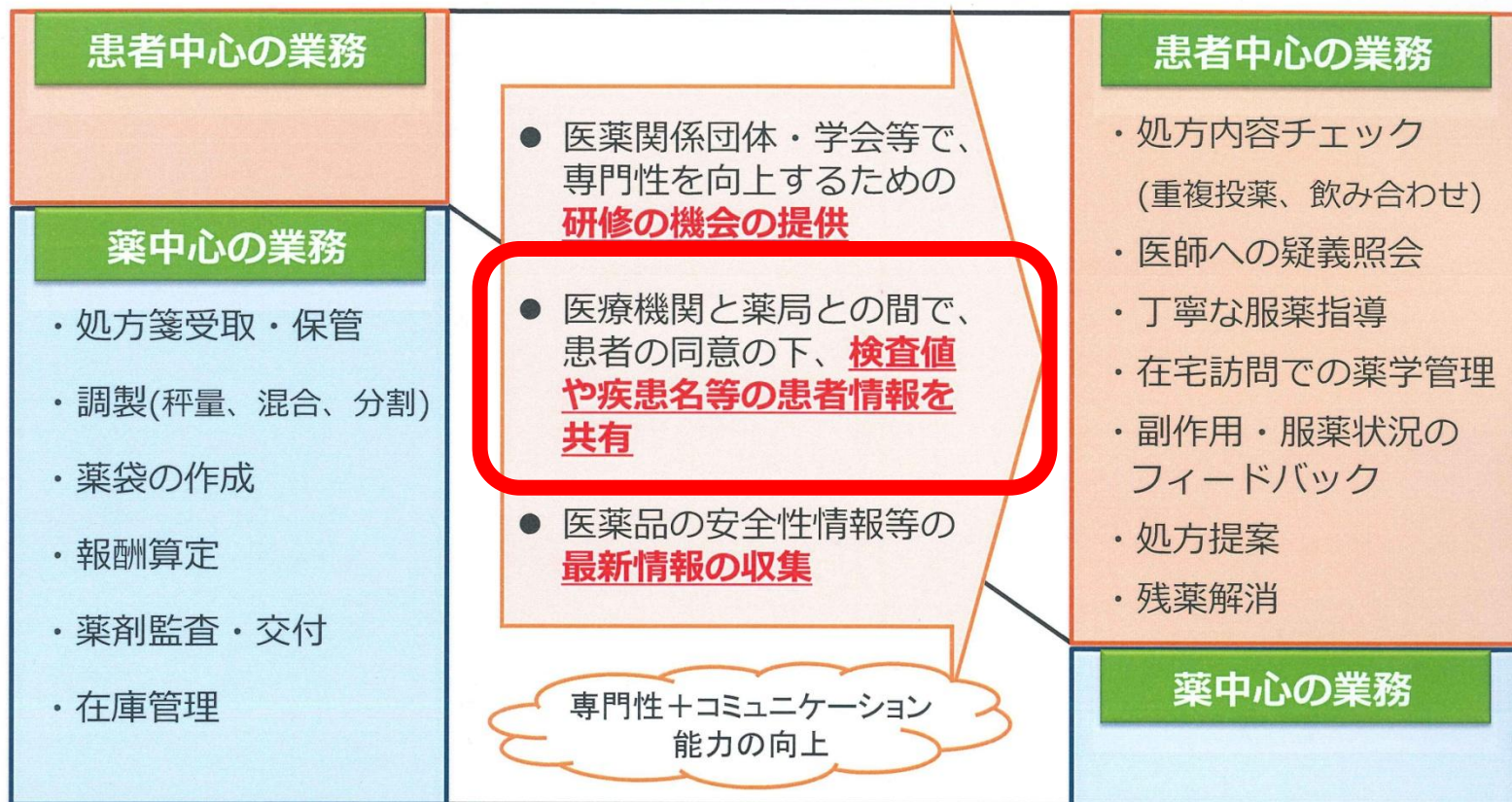
医療機関における医薬品安全性情報の入手・伝達・活用状況等に関する調査（2014年）より抜粋

# 【厚生労働省】

## かかりつけ薬剤師・薬局推進指導者協議会(2018年)

### かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

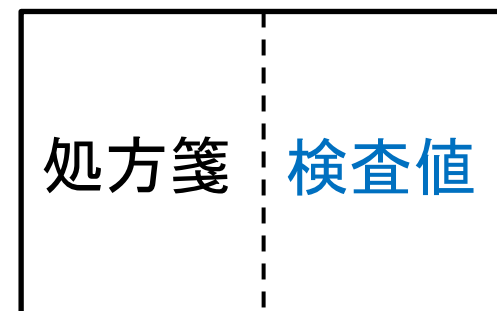
#### ～ 対物業務 から 対人業務 へ～



薬局・薬剤師を取り巻く現状及びビジョン実現に向けた国の取組について(2018年)より抜粋

## 【書式】

- ・A5版→A4版
- ・左半分：処方箋＋右半分：検査値



A4版

## ・患者の同意

患者が検査値開示に同意されない場合は、中央で切り取って左半分の処方箋のみを保険薬局に提出可能。

## ・検査値の項目

WBC Hb PLT PT-INR GOT(AST) GPT(ALT)

T-BIL CRE eGFR推算値 CPK CRP K HbA1c

直近3ヶ月以内の測定値がある項目のみ印字。

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号	54	保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者 者手続の記号・番号	123

氏名	タカツキ タロウ 高槻 太郎	99999001-2	性別	女
生年月日	昭和 8年 1月 1日生	保険医療機関の 所在地及び名称	大阪府高槻市阿武野 1丁目1番1号 日本赤十字社 高槻赤十字病院 TEL.072-696-0571	
		電話番号	072-696-0571	
		保険医氏名	日赤 花子	

◇患者さんへ

- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日以内です。期限を過ぎると使用できません。再発行もできませんので再度診察が必要です。紛失した場合も同様です。
- ・ご自身のかかりつけの保険調剤薬局を持つと安心です。
- ・下記の臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導などを行うための検査値情報です。検査結果は印刷していません。
- ・検査値の開示を望まない場合は点線で切り取り、左側の処方箋のみご提出ください。

・検査値の開示を望まない場合は点線で切り取り、左側の処方箋のみご提出ください。

◇保険調剤薬局へ

検査結果 (直近3ヶ月以内の検査値より)

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	3.4-8.4	4.5	×1000/ $\mu$ L	2019/02/14
Hb	12.3-16.6	16.2	g/dL	2019/02/14
PLT	12.7-34.8	21.2	万/ $\mu$ L	2019/02/14
PT-INR		1.02		2019/01/04
AST	3-38	18	IU/L	2019/02/14
ALT	4-43	22	IU/L	2019/02/14
T-BIL	0.4-1.5	1.3	mg/dL	2019/01/15
CRE	0.6-1.1	0.86	mg/dL	2019/01/04
eGFR推算値	60-90	67	mL/分/1.73	2019/02/14
CPK	43-272	141	IU/L	2019/02/14
CRP	0-0.3	0.42	mg/dL	2019/01/04
K	3.4-4.8	5.2	mEq/L	2019/01/04
HbA1c	4.6-6.2	6.4	%	2019/01/15

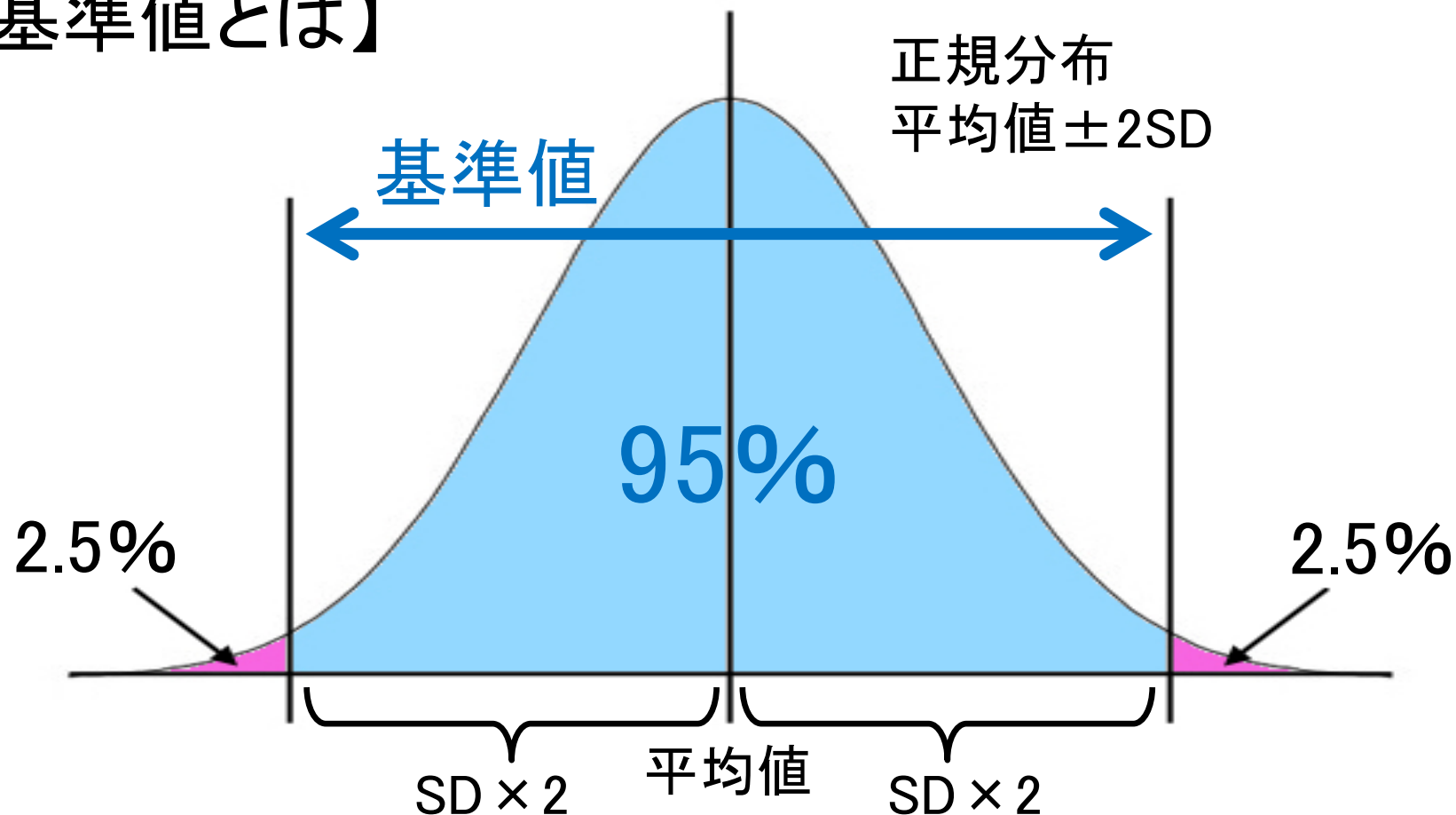
- ・処方箋についての疑義照会はFAXにて下記へご連絡ください。  
院外処方箋FAXコーナー 072-696-6667 (9時~17時)
- ・調剤した医薬品の商品名 (銘柄) をお薬手帳に漏れなく記載のうえ、次回診察時に必ず持参するようご指導願います。



検査結果 (直近3ヶ月以内の検査値より)

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	3.4-8.4	4.5	×1000/ $\mu$ L	2019/02/14
Hb	12.3-16.6	16.2	g/dL	2019/02/14
PLT	12.7-34.8	21.2	万/ $\mu$ L	2019/02/14
PT-INR		1.02		2019/01/04
AST	3-38	18	IU/L	2019/02/14
ALT	4-43	22	IU/L	2019/02/14
T-BIL	0.4-1.5	1.3	mg/dL	2019/01/15
CRE	0.6-1.1	0.86	mg/dL	2019/01/04
eGFR推算値	60-90	67	mL/分/1.73	2019/02/14
CPK	43-272	141	IU/L	2019/02/14
CRP	0-0.3	0.42	mg/dL	2019/01/04
K	3.4-4.8	5.2	mEq/L	2019/01/04
HbA1c	4.6-6.2	6.4	%	2019/01/15

## 【基準値とは】



健常人の95%が含まれる下限値と上限値の範囲の値  
→基準値外が即疾患の有無を示すものではありません。

以上をご留意のうえ、処方監査・服薬指導にお役立て  
いただければ幸いです。

# 【検査項目の解説】

項目名	基準値	説明
WBC 白血球数	3.4～8.4 ×1000/ $\mu$ L	白血球は病原微生物などから体を防御するための免疫機構に関与します。炎症や感染症などで増加傾向を示します。
Hb 血色素量	男性:12.3～16.6 g/dL 女性:11.0～14.7	ヘモグロビン(血色素)は赤血球中の主成分で酸素の運搬を担います。貧血・多血症の診断基準となります。
PLT 血小板数	12.7～34.8 万/ $\mu$ L	血小板は止血のために働き、減少した場合に出血しやすくなります。肝機能障害で減少することもあります。
PT-INR	基準値なし	抗凝固療法でのワルファリンの効果をみるための検査です。出血傾向や肝機能の検査としても用いられます。
AST(GOT)	3～38 IU/L	肝障害の代表的な指標です。炎症などで細胞が壊れると血液中に出てきますので高値となります。ASTは肝臓だけでなく、心筋・骨格筋の障害時も高値を示します。
ALT(GPT)	4-43 IU/L	
T-BIL 総ビリルビン	0.4～1.5 mg/dL	ヘモグロビンの代謝産物です。肝疾患・黄疸の指標となります。

高槻赤十字病院ホームページに掲載予定



項目名	基準値	説明
CRE 血清クレアチニン	男性:0.6~1.1 mg/dL 女性:0.4~0.8	クレアチンは体内の老廃物で、腎臓からろ過され排泄されます。腎機能が悪化し、排泄障害が起こると上昇傾向を示します。
eGFR推算値	60~90 mL/分/1.73	血清クレアチニン値から計算された腎機能の指標です。体表面積1.73㎡あたりの値で示されます。
CPK(CK)	男性:43~272 IU/L 女性:30~165	骨格筋や心筋の破壊を反映して上昇する酵素で、急性心筋梗塞などで上昇傾向を示します。運動後や筋肉注射を受けた後も増加することがあります。
CRP C反応性蛋白	0~0.3 mg/dL	炎症性病巣の存在や病変の活動性・障害程度を反映する炎症マーカーです。病気を特定することはできません。
K 血清カリウム	3.4~4.8 mEq/L	神経・筋肉の興奮や心筋の働きを助け、生命活動の維持調節に重要な電解質です。腎不全などの排泄障害で上昇傾向となり、下痢・嘔吐で低下傾向を示します。
HbA1c ヘモグロビンA1c	4.6~6.2 %	HbA1cはヘモグロビンと糖が結合したものです。血糖値及び高血糖の持続期間によって変化し、過去1~3ヶ月間の平均血糖値を反映します。

# 一般名処方への導入

## 【書式】

【般】一般的名称＋剤形＋含量

(例)【般】テプレノンカプセル50mg 【般】ドンペリドン坐剤10mg

後発品のある医薬品のみが該当

- ・患者と相談のうえ先発品・後発品のどちらも交付可能。
- ・後発品のない医薬品は商品名で印字。
- ・調剤銘柄はお薬手帳の記載があれば事後FAXは不要。

処方医から後発品への変更不可の指示がある場合

- ・先発品の商品名が印字
- ・変更不可欄に×が印字
- ・備考の所定欄に処方医の記名・捺印

一般名処方の標準的な記載について(厚生労働省ホームページ)

[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/shohosen\\_140305.html](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shohosen_140305.html)

処方箋

Page:1/1  
外科

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

**【般】レバミピド錠100mg  
分3 毎食後**

3錠

14日分

**MSコンチン錠30mg  
分2 朝夕食後**

2錠

14日分


必要です。紛失した場合も同様です。  
・ご自身のかかりつけの保険調剤薬局を持つと安心です。  
・下記の臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導など

DB	12.3-16.6	10.2	μg/dL	2019/02/14
PLT	12.7-34.8	21.2	万/μL	2019/02/14
PT-INR		1.02		2019/01/04
AST	3-38	18	IU/L	2019/02/14
ALT	4-43	22	IU/L	2019/02/14
T-BIL	0.4-1.5	1.3	mg/dL	2019/01/15
CRE	0.6-1.1	0.86	mg/dL	2019/01/04
s-CRE推算値	60-90	67	mg/dL	2019/02/14
CPK	43-272	141	IU/L	2019/02/14
CRP	0-0.3	0.42	mg/dL	2019/01/04
K	3.4-4.8	5.2	mEq/L	2019/01/04
HbA1c	4.6-6.2	6.4	%	2019/01/15

・処方箋についての疑義照会はFAXにて下記へご連絡ください。  
院外処方箋FAXコーナー 072-696-6667 (9時~17時)

**提供**

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。

保険医署名 日赤 花子 

患者住所

公費負担者番号 54  
又は市町村番号  
又は公費負担者又は本人医療の受給者番号

保険者番号  
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 123

氏名 タカツキ タロウ 99999001-2  
高槻 太郎 女  
昭和 8年 1月 1日生  
保険医療機関の所在地及び名称 大塚町南町野 1丁目1番1号 日本赤十字病院 高槻赤十字病院  
電話番号 TEL 072-696-9571  
保険医氏名 日赤 花子

交付年月日 平成31年 2月 4日  
処方箋の交付期間 平成31年 2月 7日  
使用期間 14日以内に保険薬局に提出してください。

01 **【般】レバミピド錠100mg 分3 毎食後 3錠 14日分**


02 MSコンチン錠30mg 分2 朝夕食後 2錠 14日分

03 【般】ロキソニン錠60mg (1×100m非温感) 70枚 1日1回 1回1枚

× 04 ロキソニン錠60mg 疼痛時 1錠 10回分

以下空白

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。

保険医署名 日赤 花子 

公費負担者番号 123456789  
公費負担医療の受給者番号

× 04 ロキソニン錠60mg 疼痛時 1錠 10回分

# QRコードの導入


院外処方箋の右半分の余白にQRコードが印字されますので、ご活用ください。


仕様: JAHIS5

処方箋 Page:1/1  
外科

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号 5 4	保険者番号	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号 1 2 3
氏名 高槻 太郎 昭和 8年 1月 1日生	〒590-1096 大阪府高槻市阿武野1丁目1番1号 日本赤十字社 高槻赤十字病院 TEL 072-696-0571 日赤 花子	〒590-1096 大阪府高槻市阿武野1丁目1番1号 日本赤十字社 高槻赤十字病院 TEL 072-696-0571 日赤 花子
交付年月日 平成31年 2月 4日	処方箋の 使用期間 平成31年 2月 7日 14日以内	交付の目的 特記記載のある場合を除き、交付の日付を含め 14日以内に保険薬局に提出してください。
01 【般】レバミド錠100mg 3錠 14日分 分3 毎食後	02 MSコンチン錠30mg 2錠 14日分 分2 朝夕食後	





調剤済年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

保険薬局の所在地 大阪府高槻市〇×〇町1丁目2番地3号 調剤済年月日 123456789

調剤済年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

保険薬局の所在地 大阪府高槻市〇×〇町1丁目2番地3号 調剤済年月日 123456789

調剤済年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

保険薬局の所在地 大阪府高槻市〇×〇町1丁目2番地3号 調剤済年月日 123456789

◇患者さんへ

- 院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日以内です。期限を過ぎると使用できません。再発行もできませんので再度診察が必要です。紛失した場合も同様です。
- ご自身のかかりつけの保険調剤薬局を持つと安心です。
- 下記の臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導などを補うことを目的に、検査値がある場合に印字しています。
- 検査値の開示を望まない場合は点検で切り取り、左側の処方箋のみご提出ください。

◇保険調剤薬局へ

検査結果 (直近3ヶ月以内の検査値より)

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	3.4-8.4	4.5	×1000/μL	2019/02/14
Hb	12.3-16.6	16.2	g/dL	2019/02/14
PLT	12.7-34.8	21.2	万/μL	2019/02/14
PT-INR		1.02		2019/01/04
AST	3-38	18	IU/L	2019/02/14
ALT	4-43	22	IU/L	2019/02/14
T-BIL	0.4-1.5	1.3	mg/dL	2019/01/15
CRE	0.6-1.1	0.86	mg/dL	2019/01/04
eGFR推定値	60-90	67	ml/分/1.73	2019/02/14
CPK	43-272	141	IU/L	2019/02/14
CRP	0-0.3	0.42	mg/dL	2019/01/04
K	3.4-4.8	5.2	mEq/L	2019/01/04
HbA1c	4.6-6.2	6.4	%	2019/01/15

- 処方箋についての疑義照会はFAXにて下記へご連絡ください。  
院外処方箋FAXコーナー 072-696-6667 (9時~17時)
- 調剤した医薬品の商品名(銘柄)をお薬手帳に漏れなく記載のうえ、次回診察時に必ず持参するようご指導願います。

# 周知方法

## 【院内】

- ・各科掲示板・外来各所に患者向けポスターを貼付。
- ・薬剤部窓口（FAXコーナー前）に説明文書を配置。

## 【ホームページ】

- ・患者向けポスターを掲載。
- ・保険薬局向け資料を掲載。  
（説明会資料・処方箋サンプル・検査値解説等）

# 疑義照会

平日9時～17時 **072-690-6667**（疑義専用FAX）

上記以外 **072-696-0571**（代表電話）

- ・代表FAX番号に送信されないようお気を付けください。

## 患者さんへ

**2019年4月1日**より、以下のとおり院外処方箋の書式が変更されます。FAXコーナー前に処方箋サンプルを配置していますので、ご自由にお取りください。

- ① 血算・肝機能・腎機能など**13項目の検査値が印字**されます。検査値の開示を望まれない方は、中央で切り取り、左半分の処方箋のみ調剤薬局にご提出ください。
- ② 後発品(ジェネリック品)がある医薬品は、**薬品名が成分名で印字**されます。患者さんご自身が調剤薬局で先発品か後発品かを選択可能となります。  
(従来と同じお薬が交付可能ですのでご安心ください)
- ③ 電子薬歴に対応した**QRコードが印字**されます。

病 院

# 院外処方箋サンプル

## 処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 又は市町村番号	5 4	保険者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	1 2 3 ・
氏名	タカツキ タロウ 高槻 太郎	性別	男
生年月日	昭和 8年 1月 1日生	年齢	8年
交付年月日	平成31年 2月 4日	処方箋の使用期間	平成31年 2月 7日
変更不可	01	【般】 <u>ハミド錠100mg</u>	3錠
	02	分3 毎食後	14日分
	03	MSコンチン錠30mg	2錠
	03	分2 朝夕食後	14日分
	03	【般】ロキソ <sup>®</sup> ロフェンNa <sup>®</sup> 7 <sup>®</sup> 50mg(7×10c m非温感)	70枚
	04	1日1回 1回1枚 <u>ロキソニ錠60mg</u>	1錠
		疼痛時	10回分
		— — 以下余白 — —	
備考	高	変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印をすること。 保険医署名 日赤 花子	
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地名		公費負担医療の受給者番号	

検査値開示に同意  
しない場合切り取り可

### ◇患者さんへ

- ・院外処方箋の有効期限は交付日を含めて4日以内です。期限を過ぎると使用できません。再発行もできませんので再度診察が必要です。紛失した場合も同様です。
- ・ご自身のかかりつけの保険調剤薬局を持つと安心です。
- ・下記の臨床検査値情報は、保険調剤薬局での処方監査・服薬指導などを補うことを目的に、検査値がある場合に印字しています。
- ・検査値の開示を望まない場合は点線で切り取り、左側の処方箋のみご提出ください。

### ◇保険調剤薬局へ

検査結果 (直近3ヶ月以内の検査値より)

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
WBC	3.4-8.4	4.5	×1000/ $\mu$ L	2019/02/14
Hb	12.3-16.6	16.2	g/dL	2019/02/14
PLT	12.7-34.8	21.2	万/ $\mu$ L	2019/02/14
PT-INR		1.02		2019/01/04
AST	3-38	18	IU/L	2019/02/14
ALT	4-43	22	IU/L	2019/02/14
T-BIL	0.4-1.5	1.3	mg/dL	2019/01/15
CRE	0.6-1.1	0.86	mg/dL	2019/01/04
eGFR推算値	60-90	67	mL/分/1.73	2019/02/14
CPK	43-272	141	IU/L	2019/02/14
CRP	0-0.3	0.42	mg/dL	2019/01/04
K	3.4-4.8	5.2	mEq/L	2019/01/04
HbA1c	4.6-6.2	6.4	%	2019/01/15

切り取り可

血算・肝機能・腎機能などの13項目

- ・処方箋についての疑義照会はFAXにて下記へご連絡ください。  
院外処方箋FAXコーナー 072-690-6667 (9時～17時)
- ・調剤した医薬品の商品名(銘柄)をお手帳に漏れなく記載のうえ、次回診察時に必ず持参するようご指導願います。

処方QRコード



**保険薬局の皆様のご理解・ご協力を  
賜りますようお願い申し上げます。**

