

【患者さまへ】

院外処方箋への検査値表記の開始について

・2026年1月19日より

当院が発行する院外処方箋に、検査値※および身体情報（身長、体重）が表記されるようになります。

※以下の新様式の院外処方箋に記載の15項目

(処方箋発行日～過去99日間における最新データ)

・これにより、処方箋の向きが、従来の縦から横へと変更になります。
(左半分が処方箋、右半分に検査値が表記)

・保険薬局では、検査値（肝機能、腎機能など）や身体情報（身長、体重）を確認することで、適正な投与量のチェック、副作用の早期発見などが可能となり、医療安全の更なる向上や、適正使用の推進に役立てられます。



ご不明な点がございましたら、1階 薬剤部 外来おくすり窓口までご相談ください。

2026年1月 独立行政法人国立病院機構
舞鶴医療センター

新様式の院外処方箋 (見本)

公費負担者番号				保険者番号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者資格に係る記号・番号		枝番						
患者	99996691 ハーサル カンヅヤ01 リハーサル患者 01			保険医療機関の所在地及び名称 京都府舞鶴市字行永2410番地 独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター								
	生年月日	平成10年10月10日		男	電話番号 0773-62-2680 保険医氏名 内科 OPT藤溪 志暁 印							
	区分	被保険者			都道府県番号	2	6	点数表番号	1	医療機関コード	9900026	
交付年月日		令和7年12月12日		処方箋の使用期限		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。						
処方	変更不可 患者希望	各々の処方箋について、医療上の必要性があるため、保険医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「変換医薬品」欄に患者名又は名前・併用すること。また、患者の希望を踏まえ、先開医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 RP01 【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10mg 内服: 1日1回 朝食後 1錠 14日分 ---- 以下余白 ----										
	ソフィル可 □ ()回											
	備考	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 保険医署名 印										
保険薬局が調剤時に残業を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。 □保険医療機関へ対応会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供												
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) □1回目調剤日(年月日) □2回目調剤日(年月日) □3回目調剤日(年月日) 次回調剤予定日(年月日) 次回調剤予定日(年月日)												
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	枝番	枝番	枝番	枝番	枝番	枝番	枝番	枝番	枝番	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号										

当院では、お薬をより適正に使用するために、患者様に検査情報・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。

以下の検査の結果は2025年09月04日以降に測定された直近の値です。
2025年09月04日以降に検査していない場合は記載されません。

※情報の表示を希望されない場合は、医師への申出により次回以降表示を行わないようにすることができます。

※情報を保険薬局に開示することを望まれない場合、検査値欄を切り取って保険薬局へお渡しください。

【検査情報】

WBC	HgB	PLT	CRP	PT-INR
2025/12/12	2025/12/12	2025/12/12	2025/12/12	2025/12/12
3.3	13.7	15.8	0.20	1.01
AST	ALT	T-Bil	ALB	HbA1c
2025/12/12	2025/12/12	2025/12/12	2025/12/12	2025/12/12
45	45	1.1	4.2	5.1
Cre	eGFR	CK	K	UA
2025/12/12	2025/12/12		2025/12/12	2025/12/12
0.83	81.2		4.1	8.1

【身体情報】

身長	173.4cm (2025/12/12)
体重	82.1kg (2025/12/12)
体表面積	1.96m ²