

# 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)

院外処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

印刷：2025年12月12日 13時53分  
251212 10001

公費負担者番号		公費負担医療 の受給者番号		保 険 者 番 号		被保険者資格に係る 記号・番号				
患 者	氏名	99996691 別ハ-別 カシヤ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						
	区分	被保険者		保 険 医 氏 名 内科 OPT藤溪 志映						
交 付 年 月 日		令和 7 年 12 月 12 日		都道府県 番号		2 6	点数表 番号	1	医療機関 コード	9 9 0 0 0 2 6
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 印	【処方箋】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 ----								
	署名 希望	「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。								
備 考	保険医署名									
	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「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □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		公費負担医療 の受給者番号				
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬局師氏名		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可能です。

※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 <sup>2</sup>