

院外処方箋レイアウト変更

平成 29 年 11 月 6 日より院外処方箋レイアウト変更になります。

主な変更点は、今までの A5 サイズから A4 サイズに。

内服処方では、1 日量に加えて 1 回量が併記されます。

過去 100 日以内の検査値の最新値が掲載されます。

患者ID 0008400114 処方せん オーダー番号: 38830706 第 01 版
 受診科 呼吸器内科 (この処方せんは、どの薬局でも有効です。) 1/1

公費負担者番号又は市町村番号 保険者番号 01280015
 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

氏名 テスト 連携確認011 様 保険医療機関の所在地及び名称 姫路市本町68番地 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター
 生年月日 昭和62年08月30日 30才 男性 電話番号 [079]225-3211 保険医氏名 テスト医師1
 区分 被保険者 負担割合 3割 調剤年月日 平成29年09月28日 処方せんの使用期限 平成29年10月01日

変更不可 [個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更による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、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。]

処方 1) サラシリン錠 250mg 3錠 7日分
 1回1錠 (1日、3錠)
 ・ ・ ・ 2017/09/28(木)

2) ジクロフェナクNa錠 2.5mg (ポルリン錠後発品) 1錠 10回分
 ・ ・ ・ 屯用 (発熱時)
 ・ ・ ・ 2017/09/28(木)

3) フルタイド200ディスクス 60ブリスター 1個
 ・ ・ ・ 発作時舌下にスプレー
 ・ ・ ・ 2017/09/28(木)

4) ヒューマログ注【ミリオペン】 300単位 1本
 ・ ・ ・ 1日1回
 ・ ・ ・ 2017/09/28(木)
 * * * * * 以下処方箋コメント * * * * *
 院外処方箋
 ・ ・ ・ お薬相談希望あり
 以下余白

検査結果 (直近100日の検査から)

検査名	検査日	検査結果	単位	基準値
WBC			*10 ³ /μl	3.5~8.5
Hb			g/dL	13.0~17.5
Plt			*10 ⁴ /μl	13~40
PT-INR				0.85~1.15
ALB			g/dL	4~5
AST-GOT			U/L	13~33
ALT-GPT			U/L	8~42
T-Bil			mg/dL	0.3~1.2
γ-GTP			U/L	10~47
血清Cr			mg/dL	0.6~1.1
eGFR			ml/min	~60
CK			U/L	45~163
CRP			mg/dL	0.0~0.3
Na			mEq/L	135~148
K+			mEq/L	3.5~5.3
HbA1c			%	4.6~6.2

個人情報となりますので取り扱いには十分注意、目的以外での使用はしないで下さい。

- A5サイズからA4サイズへ
- 1回量表示
内用薬：1日量のみから1回量の併記
外用薬：全体量+1日の回数併記
- 過去100日以内の検査値の最新値掲載
eGFR (ml/min/1.73m²)
- QRコード 文字情報として処方情報
読み取り可能
- 取扱い デフォルトで選択なし
□ 空欄とする
- プロファイルで、患者個人設定で
検査値非表示選択可能