

【システム障害】院外処方における継続投与の為の処方箋発行方法の事例について

2022.11.9

下記のような処方箋を応需した際には、以下の手順にて対応をお願いします

- ①前回の処方歴や調剤歴がわかる書類（**お薬手帳や薬歴、前回処方箋の原本の写し**など）を準備
- ②「**処方箋内容等照会表**（当センター薬局HPより出力可能ですが、この用紙以外でも可）」、「**①で準備した書類**」、「**当日応需した下図の処方箋**」を
そろえ、当センター薬薬連携室（06-6692-0252）へFAXにて疑義照会
- ③当センターから調剤内容についての回答を行いますので、**回答内容を確認し調剤**をお願いします

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		保険者番号	
公費負担制度の受給者番号		特約保険者・被保険者 不届の記号・番号	
患者番号	科	保険医療機関	大阪府社会福祉局 3丁目 1番 5号 所在地及び名称 大阪急性期・総合医療センター
氏名		電話番号	06-6692-1201
生年月日	年 月 日	被保険者	保険医師名
交付年月日	平成 年 月 日	交付日	27 4月 1 日 2006 6 22
処方箋の使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日も含めて4日以内に 保険薬局へ提出すること。	

※この処方箋について、保険医療品(ジェネリック医薬品)への変更は受取可能と判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載すること。

前回の薬歴を貼付し、「06-6692-0252」へ
疑義照会をお願いします。

処方日数は ○ 日分
以下余白

継続必要な処方日数が手書きにて記載されます

処方箋番号 _____ 出力日時 _____

患者さんへ

・処方箋の有効期限は、交付日を含め4日間です。

・この処方箋で薬剤の交付を受けようとする際には、必ず、当センターの医療費の領収書を保険薬局の窓口で提示下さい。なお、医療費のご負担が無い患者さんは、その旨をお伝え下さい。(医師印のないものは無効です。)

・紛失または棄損した場合、処方箋の再発行料は有料(自費)となります。

・この処方箋を、院内の「院外処方せん相談窓口ファックスコーナー」または、院外の保険薬局に提出して下さい。

・この処方箋は、保険薬局の薬剤師と相談の上、ジェネリック医薬品に変更して調剤することができます。ただし、処方箋の「変更不可」欄に「レ」または「X」が記載され、備考欄に保険医師の署名または記名・押印がある場合は、ジェネリック医薬品への変更はできません。

保険薬局へ

・領収書の提示や医師印のないものは無効です。

・内服処方分量は「1回量(1日量)」記載です。

※お問い合わせについて

・処方内容に関する疑義(検査結果関係も含む)
薬局DI室に照会内容と処方箋をファックスして下さい。
対応時間：平日 9:00~17:00 FAX・TEL 06-6692-0252 (直通)

・保険内容
医事グループへお問い合わせ下さい。
対応時間：平日 9:00~17:30 TEL 06-6692-XXXX

※処方箋に直接照会し処方内容に変更があった場合、または等については、薬局DI室にファックスして下さい。

項目	基準値	検査値	検査日	項目	基準値	検査値	検査日
白血球数	3.3-8.6 X10 ³ /μL			γGTP			
好中球	43.3-76.6 %			eGFR推算値			
血色素	11.6-14.8 g/dL			CK			
血小板数	158-348 X10 ³ /μL			CRP			
PT(INR)	---			X			
AST	13-30 U/L			Mg	1.7-2.6 mg/dL		
ALT	7-23 U/L			HbA1c(NGSP)	4.9-6.0 %		
総ビリルビン	0.4-1.5 mg/dL			尿酸	2.6-5.5 mg/dL		

※過去6か月における直近3回分の値を表示しています。

患者情報については通常の手書き処方箋と同様に記載され

※こちらの処方箋は原本となる可能性があります。
当センターからの疑義照会の回答と一緒に大切に保管ください。

保険薬局のみならずには大変なご迷惑をおかけいたしますが、
何卒ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター
薬局薬薬連携室
TEL (FAX) : 06-6692-0252