

第333回ねりやくステップアップ研修会

# 当院における薬薬連携に対する取り組み

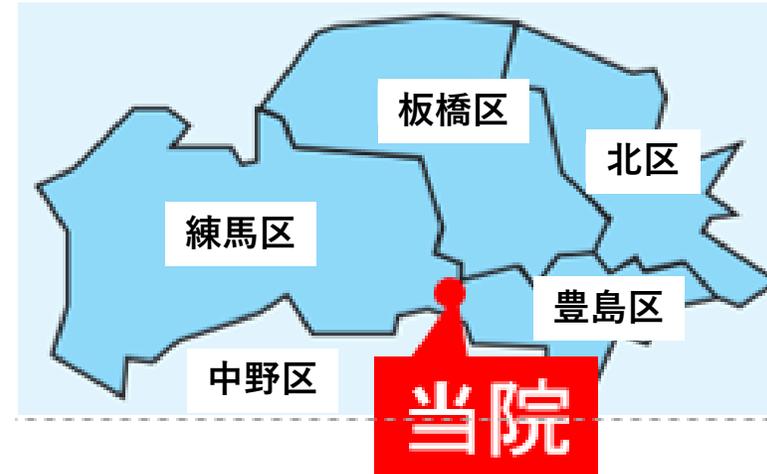
公益財団法人東京都医療保健協会  
練馬総合病院 薬剤科

森 美奈子





公益財団法人 東京都医療保健協会  
練馬総合病院



【許可病床】急性期 224床

【診療科】内科・外科・整形外科・産婦人科・循環器内科  
泌尿器科・皮膚科・眼科・脳外科・麻酔科・リハビリテーション科  
(旭丘診療所) 小児科・漢方内科

【院外処方箋枚数】 263.3枚/日平均

【院外処方箋発行率】 約97%

# 【疑義照会・服薬情報提供書 (トレーシングレポート)】

# 当院の処方せん

# 1回量処方

# 1日量併記

処方せん		(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者	被保険者 100%	保険医療機関	東京都練馬区旭丘一丁目24番1号 の所在地及び 名称 公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院
患	リマテスト	電話番号	03-5988-2200
者	練馬 テスト 様	保険医氏名	テスト 医師 印
	S39年11月11日生 52歳0ヶ月 男	都道府県	13
		点数表	1
		医療機関	2070936
交付年月日	H28/11/30	処方せんの使用期間	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。
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）への変更により差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) 内服 【般】センノシド錠12mg 1日1回 1×就寝前 1回2錠(1日2錠) 14日分		
方	2) 内服 ミヤBM 1日3回 3×毎食後 1回2錠(1日6錠) 14日分 [以下余白]		
備	保険医署名 [「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]		
考	22 注意：当処方箋は1回量1日量併記処方箋です		
	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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		
薬剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名		印	

患者さんへ

下記の情報は保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために有用な情報です。

## 保険薬局への連絡事項

下記項目は、処方監査、服薬指導の際、ご活用ください。  
個人情報となりますので取扱いには十分注意し、目的以外での使用はしないでください。

<検査値(直近90日以内の検査から)>

項目名	基準値		単位	検査結果1			検査結果2		
	男性	女性		結果	H/L	検査日	結果	H/L	検査日
白血球数	35~85		100/ul	110	H	8/26	63		7/22
ヘモグロビン濃度	13.5~17.8	11.5~15.0	g/dl	12.3	L	8/26	16.3		
血小板数	15~35		万/ul	17.1		8/26	14.9	L	
総ビリルビン						8/26	0.73		
AST(GP)						8/26	25		
ALT(GP)						8/26	27		
クレアチニン						8/26	0.86		
eGFR(推)						8/29			
K	3.0~4.0		mg/dl	4.9	H	8/29			
CRP	0~0.35		mg/dl	0.61	H	8/29	0.31		
HbA1C	4.3~5.9		%	5.2		8/29			
PT-INR	0.8~1.2		—	1.08		8/29			

1回量処方  
1日量も併記

保険薬局 ⇄ 病院 連絡事項

疑義照会は、練馬総合病院 薬剤科へFAXでお願いいたします。  
上記欄をご活用ください。FAX：03-5988-2326

# 当院の処方せん

# 検査値印字

13項目 (固定)

外科 処方せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

患者 練馬 テスト 様  
S39年11月11日生 52歳0ヶ月

交付年月日 H28/11/30

変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック)には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」)

処方 1) 内服  
【般】カペンタピン錠  
1日2回 2×1  
2) 内服  
デカドロン錠0.5  
1日2回 2×1

保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」した場合は、署名又は記名・押印)

検査項目  
白血球数  
ヘモグロビン濃度  
血小板数  
総ビリルビン  
CK  
AST(GOT)  
ALT(GPT)  
クレアチニン  
eGFR(換算値)  
K  
CPR  
HbA1C  
PT-INR

薬剤済年月日 平成 年 月

保険薬局の所在地及び名称 公費負担医療の受給者番号

H28/11/30 10:13 WS009012 201611302010119 1/6

患者さんへ

下記の情報は保険薬局でお薬の種類や用量を確認し、副作用を予防するために有用な情報です。

保険薬局への連絡事項

下記項目は、処方監査、服薬指導の際、ご活用ください。  
個人情報となりますので取扱いには十分注意し、目的以外での使用はしないでください。

<検査値(最近90日以内の検査から)>

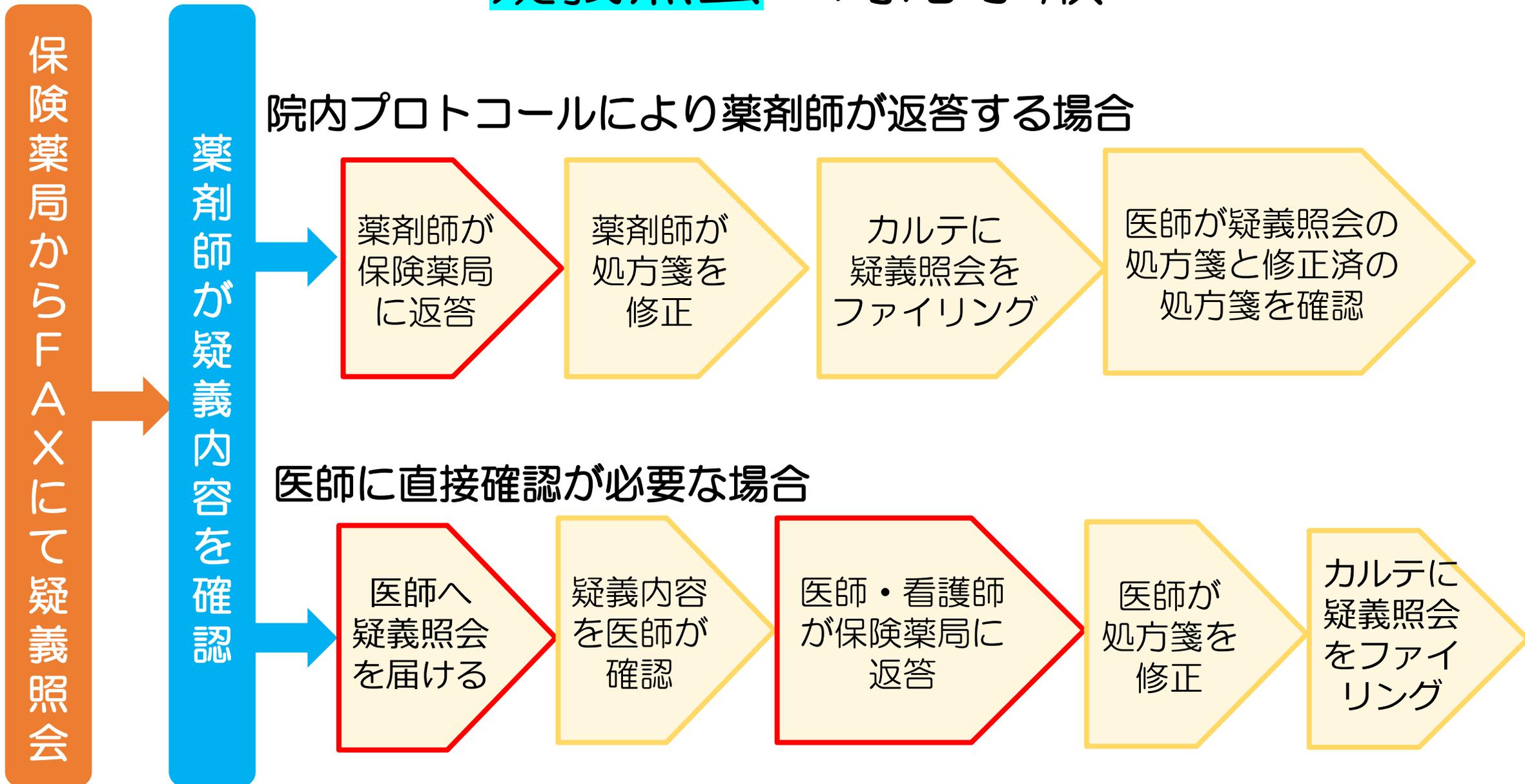
項目名	基準値		単位	検査結果1			検査結果2		
	男性	女性		結果	H/L	検査日	結果	H/L	検査日
白血球数	35~85		100/ul	110	H	8/26	63		7/22
ヘモグロビン濃度	13.5~17.8	11.5~15.0	g/dl	12.3	L	8/26	16.3		
血小板数	15~35		万/ul	17.1		8/26	14.9	L	
総ビリルビン	0.4~1.3		mg/dl	1.15		8/26	0.73		
CK	60~250	50~170	U/l	200		8/26			
AST(GOT)	10~35		U/l	14		8/26	25		
ALT(GPT)	5~40		U/l	10		8/26	27		
クレアチニン	0.7~1.1	0.4~0.8	mg/dl	1.05		8/26	0.86		
eGFR(換算値)	—		—			8/29			
K	3.6~4.8		mEq/l	4.9	H	8/29			
CRP	0~0.35		mg/dl	0.61	H	8/29	0.31		
HbA1C	4.3~5.9		%	5.2		8/29			
PT-INR	0.8~1.2		—	1.08		8/29			

保険薬局 ⇄ 病院 連絡事項

疑義照会は、練馬総合病院 薬剤科へFAXでお願いいたします。  
上記欄をご活用ください。 FAX: 03-5988-2326

# 疑義照会

# 対応手順



保険薬局からFAXで情報提供

薬剤師が内容を確認

報告のみでよい場合 (薬剤使用状況・問題なし等)

カルテに  
書面を  
スキャン

次回受診日  
のカルテに  
記載

医師が  
内容を  
確認

保険  
薬局に  
返信

何らかの対応が必要な場合

薬剤師が  
直接医師  
に届ける

医師に  
返答を  
確認

薬剤師が  
保険薬局  
に電話で  
返答

カルテに  
書面を  
スキャン

次回受診  
日のカル  
テに記載

保険  
薬局に  
返信

# 【入退院の連携】

## 【入退院関連】

# 入院前の中止薬に関する指示

<外来>

手術や検査をする場合、

「薬の使用中止指示 説明用紙」

を配布し、薬の中止指示を説明

ID : 3501

氏名：整形 一男

様へ

## 薬の中止指示 説明用紙

貴方は手術・検査の予定があるため、以下の指示に従って薬剤を使用してください。

サプリメントの服用は手術・処置1週間前から中止してください。

現在処方されている薬は、このまま使用を続けてください。

下記にチェックした薬は、いったん使用を中止してください。

抗凝固薬・抗血小板薬 等：血液が固まるのを抑えて流れをよくする薬、血液をサラサラにする薬

薬剤名  
月 日から中止

糖尿病治療薬・インスリン

薬剤名  
月 日から中止

その他の薬

薬剤名  
月 日から中止

※ 上記以外の薬はいつも通り使用してください

手術・検査当日の朝は下記の薬のみ使用してください。

薬剤名

※ご不明な点は、医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

2022年10月24日 医師名：



【入退院関連】

# 入院前の中止薬に関する指示

<外来>

手術や検査をする場合

「薬の使用中止指示 説明用紙」

を配布し、薬の中止指示を説明

サプリメントの服用は手術・処置一週間前から中止

ID: 3501

氏名: 整形 一男

様へ

## 薬の使用中止指示 説明用紙

貴方は手術・検査の予定があるため、以下の指示に従って薬剤を使用してください。

サプリメントの服用は手術・処置一週間前から中止してください。

現在処方されている薬は、このまま使用を続けてください。

上記にチェックした薬は、いったん使用を中止してください。

凝固薬・抗血小板薬 等：血液が固まるのを抑えて流れをよくする薬、血液をサラサラにする薬

糖尿病治療薬・インスリン

薬剤名

月 日から中止

その他の薬

薬剤名

月 日から中止

※ 上記以外の薬はいつも通り使用してください

手術・検査当日の朝は下記の薬のみ使用してください。

薬剤名

※ご不明な点は、医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

2022年10月24日 医師名:



## 【入退院関連】

# 入院前の中止薬に関する指示

<外来>

手術や検査をする場合

「薬の使用中止指示 説明用紙」

を配布し、薬の中止指示を説明

中止指示がある場合は

- 中止する薬剤名

- 中止日

を記入してお渡し

ID : 3501

氏名 : 整形 一男

様へ

### 薬の使用中止指示 説明用紙

貴方は手術・検査の予定があるため、以下の指示に従って薬剤を使用してください。

- サプリメントの服用は手術・処置1週間前から中止してください。
- 現在処方されている薬は、このまま使用を続けてください。
- 下記にチェックした薬は、いったん使用を中止してください。

抗凝固薬・抗血小板薬 等：血液が固まるのを抑えて流れをよくする薬、血液をサラサラにする薬

薬剤名  
月 日から中止

糖尿病治療薬・インスリン

薬剤名  
月 日から中止

その他の薬

薬剤名  
月 日から中止

※ 上記以外の薬はいつも通り使用してください

手術・検査当日の朝は下記の薬のみ使用してください。

薬剤名

※ご不明な点は、医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

2022年10月24日 医師名：



## 【入退院関連】

# 入院前の中止薬に関する指示

### <外来>

手術や検査をする場合

「薬の使用中止指示 説明用紙」

を配布し、薬の中止指示を説明

### 【お願い】

入院や検査の予定がある患者さんが来局された

際には、「薬の使用中止指示 説明用紙」が

あるか確認し、抗凝固薬・抗血小板薬等が適切

に中止指示が出ているか確認し、指示に疑問点

などがあれば、当院へ確認をお願いします

ID: 3501

氏名: 整形 一男

様へ

### 薬の使用中止指示 説明用紙

貴方は手術・検査の予定があるため、以下の指示に従って薬剤を使用してください。

- サプリメントの服用は手術・処置1週間前から中止してください。
- 現在処方されている薬は、このまま使用を続けてください。
- 下記にチェックした薬は、いったん使用を中止してください。
- 抗凝固薬・抗血小板薬 等：血液が固まるのを抑えて流れをよくする薬、血液をサラサラにする薬

薬剤名

月 日から中止

- 糖尿病治療薬・インスリン

薬剤名

月 日から中止

- その他の薬

薬剤名

月 日から中止

※ 上記以外の薬はいつも通り使用してください

- 手術・検査当日の朝は下記の薬のみ使用してください。

薬剤名

※ご不明な点は、医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

2022年10月24日 医師名: \_\_\_\_\_



# 全病棟に薬剤師が常駐

	診療科	メンバー
5階	内科・循環器内科	 6年目  2年目
4階	整形外科・脳外科・眼科	 12年目  5年目
3階	産婦人科・女性混合床	 係長
2階	外科・泌尿器科・皮膚科	 12年目  6年目  1年目

【入退院関連】

# 退院時の保険薬局への情報提供

入院中に追加、中止、変更となった薬剤を  
 患者さんには、お薬手帳に記載、  
 保険薬局へは薬剤管理情報提供書を作成し  
 情報提供しています。

薬剤管理情報提供書			
患者氏名		様	
生年月日		性別	
		主治医	
薬剤管理情報		特記事項	
<b>【薬剤の追加】</b>  <b>【薬剤の中止】</b>  <b>【薬剤の変更】</b>  <b>【有害事象・経過】</b>  <b>【その他】</b>	アレルギー歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	副作用歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	投与経路		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経皮 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 自己注射
	投与方法の工夫		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> その他
	配薬方法		<input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> 自己管理
	服薬介助の必要性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	入院前サプリメント使用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
処方内容については別紙ご参照ください。			
不明な点がございましたら、下記薬剤科までお問い合わせください 〒176-8530 東京都練馬区旭丘1-24-1 TEL：0-5988-2200(代) FAX：03-5988-2250			



公益財団法人 東京都医療保健協会  
 練馬総合病院 薬剤師 ●●●

# 【がん化学療法・連携充実加算】

# ホームページにレジメン公開


 公益財団法人 東京都医療保健協会  
**練馬総合病院**

文字サイズ 標準 大

診療・予約お問い合わせ

 03-5988-2290

〒176-8536 東京都練馬区旭丘1-24-1 代表電話番号 03-5988-2200

[ホーム](#)
[ご来院の方へ](#)
[練馬総合病院について](#)
[診療科・部門一覧](#)
[医療関係の方へ](#)
[交通案内](#)

ホーム > 診療科・部門一覧 > 診療技術部 > 薬剤科

## 診療科・部門一覧

診療技術部

臨床検査科

放射線科

薬剤科

栄養科

ME（臨床工学）室

視能訓練室

看護部

各センター

事務部門

・処方箋の備考欄に疑義照会内容と薬局名、電話番号を記載してください。

### 【2】 薬薬連携の取組み

・2017年1月～ 院外処方箋に検査値表示。処方せんへ検査値記載のお知らせ

・2017年5月～ 3ヶ月毎に検査値を活用し、処方せんへ検査値記載のお知らせ

も多数参加していただいています。お気軽にご参加ください。

・2017年8月～ 退院時カンファレンスに薬剤師が参加しますので、ご参加ください。

・2017年11月～ お薬手帳に外来抗がん薬注射

・2020年4月～ 化学療法質向上のためレジメンに関する研修会や患者さんの状況に関する研修会を開催しています。

薬剤科FAX：03-5988-2326 平日8：30-17：30

[化学療法レジメン公開ページへ→](#)

## レジメン

※グレーの項目は準備でき次第、逐次公開いたします。

### 大腸癌

<a href="#">mFOLFOX6</a>	<a href="#">Bev+mFOLFOX6</a>	<a href="#">XELOX</a>	<a href="#">Bev+XELOX</a>
<a href="#">SOX</a>	<a href="#">BEV+SOX</a>		
<a href="#">FOLFIRI</a>	<a href="#">Bev+FOLFIRI</a>	<a href="#">IRIS</a>	<a href="#">IRIS+BEV</a>
<a href="#">パニツムマブ+FOLFIRI</a>	<a href="#">IRIS+パニツムマブ</a>	<a href="#">パニツムマブ</a>	<a href="#">IFL</a>
<a href="#">セツキシマブ+FOLFIRI</a>	<a href="#">セツキシマブ</a>	<a href="#">RAM+FOLFIRI</a>	<a href="#">FOLFIRI+AFL</a>

ホームページよりがん化学療法レジメン一部抜粋



- ・長期収載品の選定療養について

当院では一般名処方となっているため、後発医薬品不可とする場合は、医師が手書きで修正することとなっています。

処方不備がある場合は、疑義照会をお願いします。

- 電子処方箋について

3月下旬から電子処方箋を一部開始予定です。

不備等あるかと思いますので、

ご協力お願い致します。