院外処方箋への検査値等表示のお知らせとその活用

岩手医科大学附属病院　薬剤部
医薬品情報管理室

院外処方箋に検査値等を表示

- 岩手医科大学附属病院では、保険薬局と連携して外来患者さんにより安全で安心な医療を提供することを目的として、院外処方箋に患者さんの検査値の一部、身体情報（身長、体重、体表面積）等を表示することといたしました。

- 令和6年3月4日（月）夕方（システム適用完了後）より開始いたします。

- 内丸メディカルセンターでは院外処方箋の様式変更は行わず、これまで通りとなります。

様式変更後の院外処方箋（見本）

診療科名：呼吸器外科
患者No：9902000019

院外処方箋

1/1

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号又は市町村番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	
保険者番号	3 1
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	（枝番）

患者
氏名：テスト DSY01　テスト　ＤＳＹ０１　様
昭和60年06月06日　38才　男性
区分 被保険者　病２００以上

保険医療機関の所在地及び名称：岩手医科大学附属病院
電話番号：019-613-7111
保険医氏名：開）富士通シス管　遠藤 ㊞
都道府県番号 03　点数表 1　医療機関コード 2211212

交付年月日　令和6年01月26日
＊処方内容の手書きは、無効です。

処方箋の使用期限　1．交付月日を含めて４日以内
2．令和　年　月　日まで

処方

変更不可　［ 銘々の処方薬について、後発医薬品（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、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。］

1）　ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ200（200mg/包）　3包
・・・１日３回　毎食後　7日分

以下余白

~~リフィル可　□（　回）~~

備考

麻薬施用者番号

「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 ㊞

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）

公費負担者番号	調剤済年月日
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	保険薬局の所在地及び名称
患者住所	保険薬剤師氏名 ㊞

切り取り線

【患者さんへ】
●当院ではお薬を安全に使用するために、検査情報や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。
●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希望されない場合は、切り取り線で切り離し、左側の処方箋のみお渡しください。

【保険薬局の方へ】
●下記の情報は処方監査や服薬指導などにご活用ください。患者さんが返却を希望する場合は、切り離してお渡しください。目的以外の使用はしないでください。
●保険薬局向け案内（問い合わせ先、トレーシングレポート送付先など）を当院薬剤部HPに掲載しておりますので、ご覧下さい(右記のQRコードからも参照できます)。

身体情報

身長	155.0 cm	体重	67.3kg	体表面積	1.66m²
測定日	2023/12/21	測定日	2021/12/08		

当院薬剤部HP QRコード

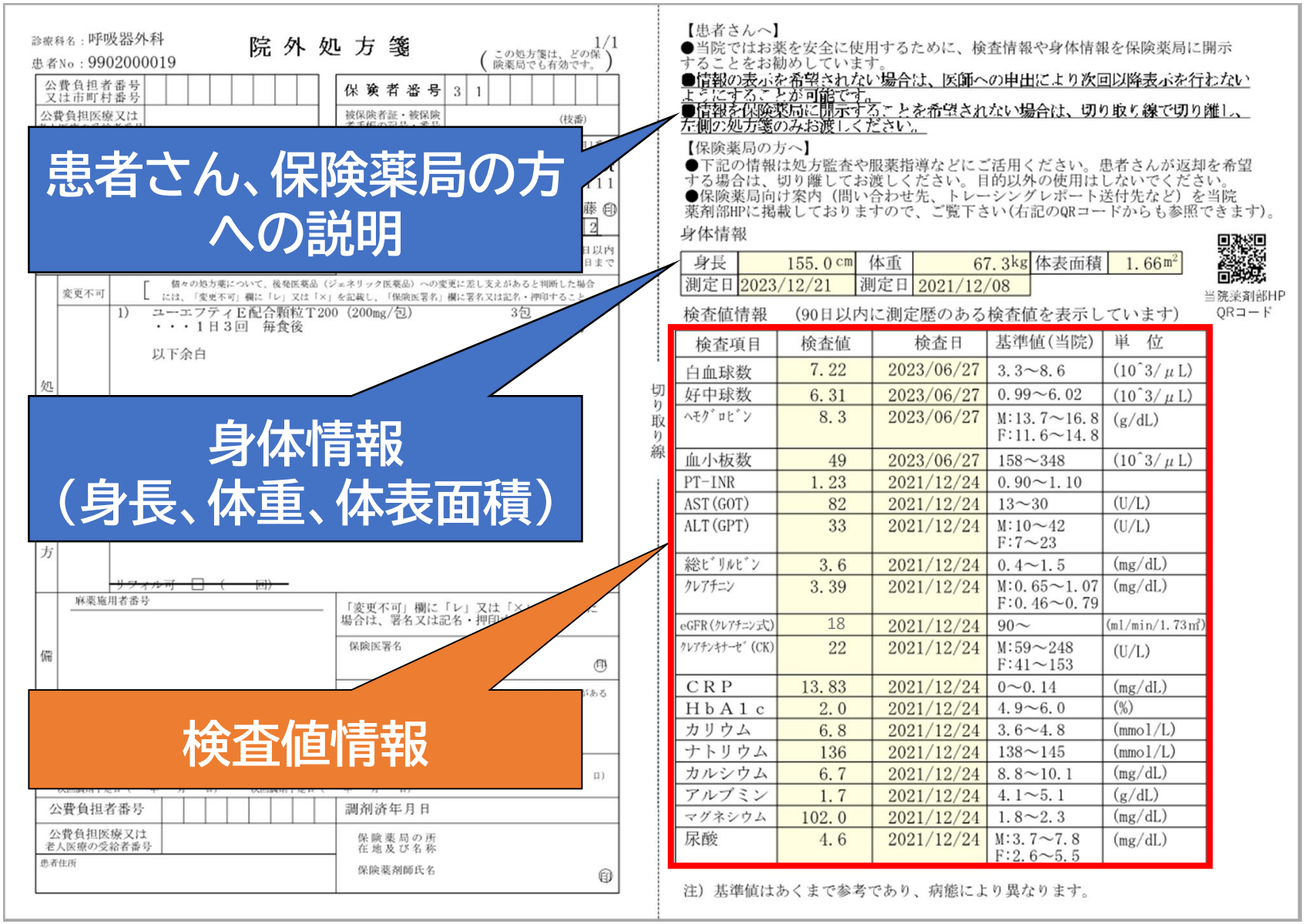
検査値情報　（90日以内に測定歴のある検査値を表示しています）

検査項目	検査値	検査日	基準値(当院)	単　位
白血球数	7.22	2023/06/27	3.3～8.6	(10^3/μL)
好中球数	6.31	2023/06/27	0.99～6.02	(10^3/μL)
ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ	8.3	2023/06/27	M:13.7～16.8 F:11.6～14.8	(g/dL)
血小板数	49	2023/06/27	158～348	(10^3/μL)
PT-INR	1.23	2021/12/24	0.90～1.10	
AST(GOT)	82	2021/12/24	13～30	(U/L)
ALT(GPT)	33	2021/12/24	M:10～42 F:7～23	(U/L)
総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ	3.6	2021/12/24	0.4～1.5	(mg/dL)
ｸﾚｱﾁﾆﾝ	3.39	2021/12/24	M:0.65～1.07 F:0.46～0.79	(mg/dL)
eGFR(ｸﾚｱﾁﾆﾝ式)	18	2021/12/24	90～	(ml/min/1.73㎡)
ｸﾚｱﾁﾝｷﾅｰｾﾞ(CK)	22	2021/12/24	M:59～248 F:41～153	(U/L)
ＣＲＰ	13.83	2021/12/24	0～0.14	(mg/dL)
ＨｂＡ１ｃ	2.0	2021/12/24	4.9～6.0	(%)
カリウム	6.8	2021/12/24	3.6～4.8	(mmol/L)
ナトリウム	136	2021/12/24	138～145	(mmol/L)
カルシウム	6.7	2021/12/24	8.8～10.1	(mg/dL)
アルブミン	1.7	2021/12/24	4.1～5.1	(g/dL)
マグネシウム	102.0	2021/12/24	1.8～2.3	(mg/dL)
尿酸	4.6	2021/12/24	M:3.7～7.8 F:2.6～5.5	(mg/dL)

注）基準値はあくまで参考であり、病態により異なります。

レイアウト：A4サイズ横向き印刷

様式変更後の院外処方箋（見本）



診療科名：呼吸器外科
患者No：9902000019

院 外 処 方 箋

1/1

（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
又は市町村番号

保険者番号 3 1

公費負担医療又は

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

（枝番）

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、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること ］

処方

1） ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ200 （200mg/包） 3包
・・・１日３回 毎食後

以下余白

リフィル可 □（ 回）

麻薬施用者番号

備考

「変更不可」欄に「レ」又は「×」の場合は、署名又は記名・押印

保険医署名

公費負担者番号

調剤済年月日

公費負担医療又は老人医療の受給者番号

保険薬局の所在地及び名称

患者住所

保険薬剤師氏名

切り取り線

【患者さんへ】
●当院ではお薬を安全に使用するために、検査情報や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。
●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希望されない場合は、切り取り線で切り離し、左側の処方箋のみお渡しください。

【保険薬局の方へ】
●下記の情報は処方監査や服薬指導などにご活用ください。患者さんが返却を希望する場合は、切り離してお渡しください。目的以外の使用はしないでください。
●保険薬局向け案内（問い合わせ先、トレーシングレポート送付先など）を当院薬剤部HPに掲載しておりますので、ご覧下さい(右記のQRコードからも参照できます)。

当院薬剤部HP QRコード

身体情報

身長	155.0 cm	体重	67.3kg	体表面積	1.66m²
測定日	2023/12/21	測定日	2021/12/08		

検査値情報 （90日以内に測定歴のある検査値を表示しています）

検査項目	検査値	検査日	基準値(当院)	単 位
白血球数	7.22	2023/06/27	3.3～8.6	(10^3/μL)
好中球数	6.31	2023/06/27	0.99～6.02	(10^3/μL)
ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ	8.3	2023/06/27	M:13.7～16.8 F:11.6～14.8	(g/dL)
血小板数	49	2023/06/27	158～348	(10^3/μL)
PT-INR	1.23	2021/12/24	0.90～1.10	
AST(GOT)	82	2021/12/24	13～30	(U/L)
ALT(GPT)	33	2021/12/24	M:10～42 F:7～23	(U/L)
総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ	3.6	2021/12/24	0.4～1.5	(mg/dL)
ｸﾚｱﾁﾆﾝ	3.39	2021/12/24	M:0.65～1.07 F:0.46～0.79	(mg/dL)
eGFR(ｸﾚｱﾁﾆﾝ式)	18	2021/12/24	90～	(ml/min/1.73㎡)
ｸﾚｱﾁﾝｷﾅｰｾﾞ(CK)	22	2021/12/24	M:59～248 F:41～153	(U/L)
ＣＲＰ	13.83	2021/12/24	0～0.14	(mg/dL)
ＨｂＡ１ｃ	2.0	2021/12/24	4.9～6.0	(%)
カリウム	6.8	2021/12/24	3.6～4.8	(mmol/L)
ナトリウム	136	2021/12/24	138～145	(mmol/L)
カルシウム	6.7	2021/12/24	8.8～10.1	(mg/dL)
アルブミン	1.7	2021/12/24	4.1～5.1	(g/dL)
マグネシウム	102.0	2021/12/24	1.8～2.3	(mg/dL)
尿酸	4.6	2021/12/24	M:3.7～7.8 F:2.6～5.5	(mg/dL)

注）基準値はあくまで参考であり、病態により異なります。

患者さん、保険薬局の方への説明

身体情報（身長、体重、体表面積）

検査値情報

レイアウト：A4サイズ横向き印刷

院外処方箋様式の変更および検査値等の表示

1.処方箋用紙の右半分に検査値、身体情報（身長、体重、体表面積）の情報を表示

※ 表示される検査値は過去90日以内に測定された直近の値です。（空欄の場合は、90日以内に測定された値がありません。）
※ 患者さんの希望や処方医の判断で表示されない場合があります。
※ 表示される検査値についての詳細は、当院ホームページを参照ください。

2.処方箋用紙の中央に切り取り線を表示（患者さんの自由意思で切り離すことが可能）

※ 患者さんが検査結果を薬局に伝えたくない場合は、用紙中央の切り取り線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみ渡すよう患者さんに周知しております。

患者さん等への説明内容①

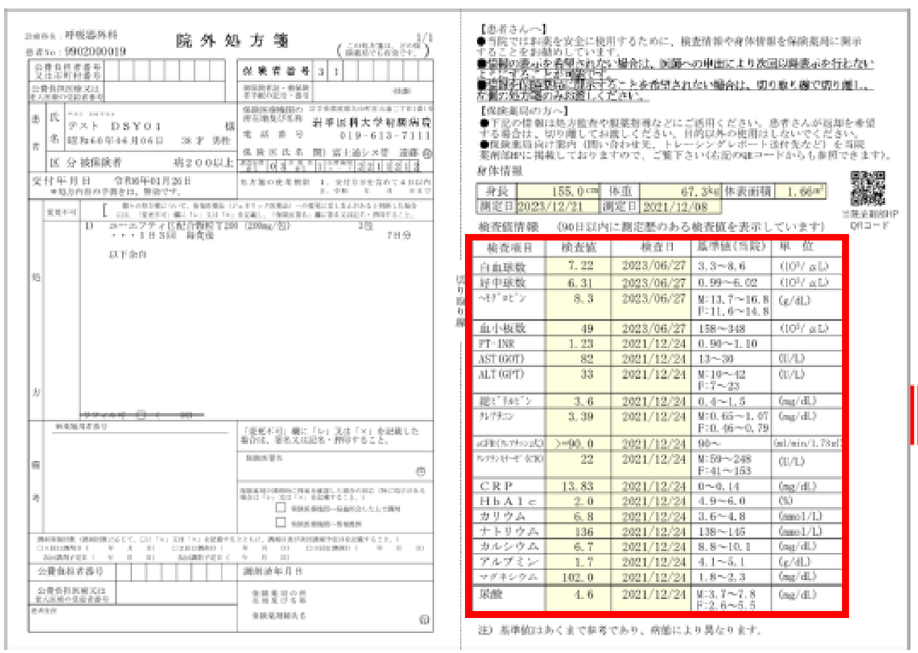
院外処方箋への検査値等の表示について

当院では保険薬局と連携して外来患者さんにより安全で安心な医療を提供することを目的に、院外処方箋に患者さんの検査値の一部を表示いたします。

令和6年3月4日（月）夕方（システム適用完了後）より開始

※内丸メディカルセンターでは処方箋様式の変更は行わず、これまで通りとなります。

（院外処方箋）



（検査値表示内容）

検査項目	検査値	検査日	基準値(当院)	単 位
白血球数	7.22	2023/06/27	3.3～8.6	(10^3/μL)
好中球数	6.31	2023/06/27	0.99～6.02	(10^3/μL)
ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ	8.3	2023/06/27	M:13.7～16.8 F:11.6～14.8	(g/dL)
血小板数	49	2023/06/27	158～348	(10^3/μL)
PT-INR	1.23	2021/12/24	0.90～1.10	
AST(GOT)	82	2021/12/24	13～30	(U/L)
ALT(GPT)	33	2021/12/24	M:10～42 F:7～23	(U/L)
総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ	3.6	2021/12/24	0.4～1.5	(mg/dL)
ｸﾚｱﾁﾆﾝ	3.39	2021/12/24	M:0.65～1.07 F:0.46～0.79	(mg/dL)
eGFR(ｸﾚｱﾁﾆﾝ式)	>=90.0	2021/12/24	90～	(ml/min/1.73㎡)
ｸﾚｱﾁﾝｷﾅｰｾﾞ(CK)	22	2021/12/24	M:59～248 F:41～153	(U/L)
ＣＲＰ	13.83	2021/12/24	0～0.14	(mg/dL)
ＨｂＡ１ｃ	2.0	2021/12/24	4.9～6.0	(%)
カリウム	6.8	2021/12/24	3.6～4.8	(mmol/L)
ナトリウム	136	2021/12/24	138～145	(mmol/L)
カルシウム	6.7	2021/12/24	8.8～10.1	(mg/dL)
アルブミン	1.7	2021/12/24	4.1～5.1	(g/dL)
マグネシウム	102.0	2021/12/24	1.8～2.3	(mg/dL)
尿酸	4.6	2021/12/24	M:3.7～7.8 F:2.6～5.5	(mg/dL)

患者さん等への説明内容②

どんなメリットがあるの？

- 保険薬局の薬剤師が医師とは異なる視点で検査値を確認することで、お薬の量が患者さんの状態に合っているか、お薬による副作用が発生してないかを確認しやすくなります。

検査結果を薬局に伝えたくない場合は？

- 中央の点線部分で切り離し、左側の「処方箋」のみ渡してください。
- お薬による治療をより安全に行うために検査値の確認は重要です。保険薬局に渡されることをお勧めします。

※すでに多くの大学病院がこのような取り組みを進めております。

院外処方箋に表示される検査値①

略名	検査項目名	基準値	単位	検査の説明
WBC	白血球数	3.3～8.6	$\times 10^3/\mu L$	感染症などの炎症や血液疾患等で異常を示します。
NEUT	好中球数	0.99～6.02	$\times 10^3/\mu L$	白血球の一種で、感染症、炎症等で増加します。
Hb	ヘモグロビン（血色素量）	男性：13.7～16.8 女性：11.6～14.8	g/dL	貧血や多血症の診断などを推測できます。
PLT	血小板数	158～348	$\times 10^3/\mu L$	出血傾向などを推測できます。
PT-INR	プロトロンビン時間（標準比）	0.9～1.1	–	血液の凝固能を示します。
AST	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ	13～30	U/L	肝臓や心臓等の障害で増加します。
ALT	アラニンアミノトランスフェラーゼ	男性：10～42 女性：7～23	U/L	肝臓の障害で増加します。
T-Bil	総ビリルビン	0.4～1.5	mg/dL	黄疸の指標になります。
CRE	血清クレアチニン	男性：0.65～1.07 女性：0.46～0.79	mg/dL	腎機能が悪くなると増加します。また、筋肉量も反映します。
eGFR	推算糸球体濾過量	–	$mL/分/1.73m^2$	血清クレアチニン値から計算された腎機能の指標です。体表面積$1.73m^2$あたりの値で表示されます。

院外処方箋に表示される検査値②

略名	検査項目名	基準値	単位	検査の説明
CK	クレアチンキナーゼ	男性:59～248 女性:41～153	U/L	筋肉に含まれる酵素で、心筋梗塞や筋肉の障害があると増加します。
CRP	C-反応性蛋白	0～0.14	mg/dL	炎症や組織の障害等で増加します。
HbA1c	ヘモグロビンA1c（NGSP）	4.9～6.0	%	血糖コントロールの指標です。
K	カリウム	3.6～4.8	mmol/L	血液中の電解質の濃度です。
Na	ナトリウム	138～145	mmol/L	血液中の電解質の濃度です。
Ca	カルシウム	8.8～10.1	mg/dL	骨の病気やさまざまな内分泌の病気で異常を示します。
Alb	アルブミン	4.1～5.1	g/dL	肝臓で合成されるタンパク質です。栄養状態の悪化や肝臓の障害、ネフローゼなどで低下します。
Mg	マグネシウム	1.8～2.3	mg/dL	生体の代謝調節に必要な微量金属であり、腎機能が悪くなると増加します。
UA	尿酸	男性:3.7～7.8 女性:2.6～5.5	mg/dL	核酸の代謝物であり、高値の場合は痛風などを発症することがあります。

2024.1 岩手医科大学附属病院 薬剤部 医薬品情報管理室作成

注）基準値はあくまで参考であり、病態により異なります。

処方箋に印字された検査値をどう活かすか

- 薬剤に応じて特にどの検査値をチェックすべきかを理解する。
- 検査値に応じた適切な用法・用量を判断する。
- 添付文書に減量基準や中止基準が載っていない場合の情報の調べ方がわかる。
- 以上を踏まえて処方鑑査や疑義照会などに活用する。

参考文献
- 増田智先、渡邊裕之、金谷朗子(編). ここからはじめる 検査値×処方箋の読み方 よくあるケースに自信をもって疑義照会する!. 東京,じほう,2016年,287p.

情報源の例

製薬企業が作成する適正使用ガイド

など

インターネット上の公的機関等が運営する無料の情報源

医薬品医療機器総合機構（PMDA）	https://www.pmda.go.jp/
国立医薬品食品衛生研究所	https://www.nihs.go.jp/index-j.html
国立健康・栄養研究所	https://www.nibiohn.go.jp/eiken/
国民健康保険中央会	https://www.kokuho.or.jp/
厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/index.html
社会保険診療報酬支払基金	https://www.ssk.or.jp/
国立成育医療研究センター	https://www.ncchd.go.jp/
日本医薬情報センター（JAPIC）	https://www.japic.or.jp/
日本病院薬剤師会	https://www.jshp.or.jp/
日本薬剤師会	https://www.nichiyaku.or.jp/
Minds ガイドラインライブラリ	https://minds.jcqhc.or.jp/
Food and Drug Administration（FDA）	https://www.fda.gov/
LactMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
PubMed	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

一般社団法人 日本病院薬剤師会：医薬品情報業務の進め方2018 より抜粋

有害事象共通用語規準(CTCAE)

- 有害事象共通用語規準(CTCAE)とは、有害事象(AE)の評価や報告に用いることができる記述的用語集である。
- 各 AE について重症度のスケール(Grade)を示している。

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
軽症; 症状がない, または軽度の症状がある; 臨床所見または検査所見のみ; 治療を要さない	中等症; 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する; 年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限	重症または医学的に重大であるが, ただちに生命を脅かすものではない; 入院または入院期間の延長を要する; 身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす; 緊急処置を要する	AE による死亡

引用改変:有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳JCOG版より引用、改変
https://jcog.jp/doctor/tool/ctcaev5/

検査値の活用：低ナトリウム血症

CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1（軽症）	Grade 2（中等症）	Grade 3（重症）	Grade 4（生命を脅かす）	Grade 5（死亡）
低ナトリウム血症	<LLN-130 mmol/L	125-129 mmol/Lで症状がない	125-129 mmol/Lで症状がある; 120-124 mmol/Lで症状の有無は問わない	<120 mmol/L; 生命を脅かす	死亡

※ LLN：(施設)基準範囲下限　　当院のNa値のLLN=138 mmol/L

気をつけたい薬剤(例)

分類	販売名(例)	一般名(例)
下垂体後葉ホルモン製剤	ミニリンメルト	デスモプレシン酢酸塩水和物
チアジド系利尿薬	フルイトラン	トリクロルメチアジド
	ナトリックス	インダパミド
ループ利尿薬	ラシックス	フロセミド
ARB＋利尿薬	プレミネント	ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド
ARB+Ca拮抗薬＋利尿薬	ミカトリオ	テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩・ヒドロクロロチアジド

※ あくまで例ですので、各薬剤の添付文書を確認し対応するようお願いいたします。

FERRING
PHARMACEUTICALS

MNI-11

＊＊2023年11月改訂（第3版）
＊2020年4月改訂

貯　　法：室温保存
有効期間：3年

日本標準商品分類番号
872419

脳下垂体ホルモン剤
デスモプレシン酢酸塩水和物口腔内崩壊錠

劇薬
処方箋医薬品注）

ミニリンメルト®OD錠　60μg
ミニリンメルト®OD錠 120μg
ミニリンメルト®OD錠 240μg

MINIRINMELT®OD Tablets 60μg/120μg/240μg

	60μg	120μg	240μg
承認番号	22400AMX01504	22400AMX00662	22400AMX00663
販売開始	2013年3月	2012年5月	

注）注意―医師等の処方箋により使用すること

低ナトリウム血症の患者（禁忌）

1．警告

デスモプレシン酢酸塩水和物を夜尿症に対し使用した患者で重篤な低ナトリウム血症による痙攣が報告されていることから、患者及びその家族に対して、水中毒（低ナトリウム血症）が発現する場合があること、水分摂取管理の重要性について十分説明・指導すること。［8.1、8.2、11.1.1参照］

2．禁忌（次の患者には投与しないこと）

2.1 低ナトリウム血症の患者［低ナトリウム血症を増悪させるおそれがある。］［11.1.1参照］
2.2 習慣性又は心因性多飲症の患者（尿生成量が40mL/kg/24時間を超える）［低ナトリウム血症が発現しやすい。］［11.1.1参照］
2.3 心不全の既往歴又はその疑いがあり利尿薬による治療を要する患者［低ナトリウム血症が発現しやすい。］［11.1.1参照］
2.4 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群の患者［低ナトリウム血症が発現しやすい。］［11.1.1参照］
2.5 中等度以上の腎機能障害のある患者（クレアチニンクリアランスが50mL/分未満）［9.2.1参照］
2.6 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

…に観察期を設け、起床時尿を採取し、夜尿翌…
…透圧の平均値が800mOsm/L以下あるいは尿比重の平均値が1.022以下を目安とし、尿浸透圧あるいは尿比重が低下していることを確認すること。［17.1.1参照］

〈中枢性尿崩症〉
5.3 多飲・多尿・低比重尿を示す疾患として中枢性尿崩症（バソプレシン感受性尿崩症）・心因性多飲症・腎性尿崩症・高カルシウム血症に基づく多尿症がある。これら各種疾患に基づく多尿を鑑別し、バソプレシン欠乏による尿崩症のみに使用すること。

6．用法及び用量

〈尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う夜尿症〉
通常、1日1回就寝前にデスモプレシンとして120μgから経口投与し、効果不十分な場合は、1日1回就寝前にデスモプレシンとして240μgに増量することができる。

〈中枢性尿崩症〉
通常、デスモプレシンとして1回60～120μgを1日1～3回経口投与する。投与量は患者の飲水量、尿量、尿比重、尿浸透圧により適宜増減するが、1回投与量は240μgまでとし、

検査値の活用：高カリウム血症

CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1 （軽症）	Grade 2 （中等症）	Grade 3 （重症）	Grade 4 （生命を脅かす）	Grade 5 （死亡）
高カリウム血症	>ULN-5.5 mmol/L	>5.5-6.0mmol/L; 治療を要する	>6.0-7.0 mmol/L; 入院を要する	>7.0 mmol/L; 生命を脅かす	死亡

※ ULN：（施設）基準範囲上限　　当院のK値のULN=4.8 mmol/L

気をつけたい薬剤（例）

分類	販売名（例）	一般名（例）
カリウム保持性利尿薬	アルダクトンA	スピロノラクトン
MR拮抗薬	ミネブロ	エサキセレノン
	エプレレノン	セララ
カリウム補給剤	K.C.L.／塩化カリウム	塩化カリウム
	アスパラカリウム	L-アスパラギン酸カリウム
	グルコンサンK	グルコン酸カリウム

※ あくまで例ですので、各薬剤の添付文書を確認し対応するようお願いいたします。

**2023年 8 月改訂(第 6 版)
*2022年 5 月改訂(第 5 版)

貯法：室温保存
*有効期間：3年

日本標準商品分類番号
872149

	承認番号	販売開始
錠1.25mg	23100AMX00011	2019年 5 月
錠2.5mg	23100AMX00012	2019年 5 月
錠 5 mg	23100AMX00013	2019年 5 月
OD錠1.25mg	30400AMX00161	2022年 5 月
OD錠2.5mg	30400AMX00160	2022年 5 月
OD錠 5 mg	30400AMX00159	2022年 5 月

選択的ミネラルコルチコイド受容体ブロッカー
処方箋医薬品(注)
エサキセレノン製剤

ミネブロ®錠1.25mg
ミネブロ®錠2.5mg
ミネブロ®錠5mg
ミネブロ®OD錠1.25mg
ミネブロ®OD錠2.5mg
ミネブロ®OD錠5mg

MINNEBRO® TABLETS

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)
2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2.2 高カリウム血症の患者もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えている患者[高カリウム血症を増悪させるおそれがある。]
2.3 重度の腎機能障害(eGFR 30mL/min/1.73m^{2}未満)のある患者[9.2.1 参照]
2.4 カリウム保持性利尿剤(スピロノラクトン、トリアムテレン、カンレノ酸カリウム)、アルドステロン拮抗剤(エプレレノン)又はカリウム製剤(塩化カリウム、グルコン酸カリウム、アスパラギン酸カリウム、ヨウ化カリウム、酢酸カリウム)を投与中の患者[10.1 参照]

高カリウム血症の患者もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えている患者(禁忌)

ミネブロ錠1.25mg	素錠	微黄白色	ミネブロ 1,25	ミネブロ 1,25	
			6.6	約3.2	約100
ミネブロ錠2.5mg	素錠(割線入)	微黄白色	ミネブロ 2.5	ミネブロ 2.5	
			8.1	約4.1	約200
ミネブロ錠5mg	素錠(割線入)	微赤白色	ミネブロ 5	ミネブロ 5	
			8.1	約4.1	約200

検査値の活用：低カリウム血症

CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1 （軽症）	Grade 2 （中等症）	Grade 3 （重症）	Grade 4 （生命を脅かす）	Grade 5 （死亡）
低カリウム血症	＜LLN-3.0 mmol/L で症状がない	＜LLN-3.0 mmol/L で症状がある; 治療を要する	＜3.0-2.5 mmol/L; 入院を要する	＜2.5 mmol/L; 生命を脅かす	死亡

※ LLN：（施設）基準範囲下限　　当院のK値のLLN＝3.6 mmol/L

気をつけたい薬剤（例）

分類	販売名（例）	一般名（例）
漢方製剤（カンゾウ含有）	芍薬甘草湯	カンゾウ、他
	小青竜湯　など	カンゾウ、他
肝疾患治療薬	グリチロン	グリチルリチン、他
抗菌薬	アベロックス	モキシフロキサシン塩酸塩
チアジド系利尿薬	フルイトラン	トリクロルメチアジド
ループ利尿薬	ラシックス	フロセミド

※ あくまで例ですので、各薬剤の添付文書を確認し対応するようお願いいたします。

2023年12月改訂（第１版）

貯法：室温保存
有効期間：3年

■68■

日本標準商品分類番号	
875200	
承認番号	16100AMZ01139000
販売開始	1986年10月

漢方製剤

ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)

低カリウム血症のある患者
（禁忌）

2．禁忌（次の患者には投与しないこと）

2.1 アルドステロン症の患者［当該疾患及びその症状が悪化するおそれがある。］
2.2 ミオパチーのある患者［当該疾患及びその症状が悪化するおそれがある。］
2.3 低カリウム血症のある患者［当該疾患及びその症状が悪化するおそれがある。］

3．組成・性状

3.1 組成

販売名	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）
有効成分	本品7.5g中、下記の割合の混合生薬の乾燥エキス2.5gを含有する。 日局カンゾウ ・・・・・ 6.0g 日局シャクヤク ・・・ 6.0g
添加剤	日局ステアリン酸マグネシウム、日局乳糖水和物

10．相

10.2 併用に注意すること（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
カンゾウ含有製剤 補中益気湯 抑肝散 六君子湯　等	偽アルドステロン症があらわれやすくなる。また、低カリウム血症の結果として、ミオパチーがあらわれやすくなる。	グリチルリチン酸及び利尿剤は尿細管でのカリウム排泄促進作用があるため、血清カリウム値の低下が促進されることが考えられる。
グリチルリチン酸及びその塩類を含有する製剤 グリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・L-システイン グリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・DL-メチオニン配合錠　等		
ループ系利尿剤		

図表Ⅲ－１－１０　事例の内容

【事例１】副作用の発現　高カリウム血症の事例
７０歳代の患者にセララ錠５０ｍｇが継続して処方されていた。患者に検査値を確認したところ、カリウム値が５．４ｍＥｑ／Ｌ、ｅＧＦＲが３４．０ｍＬ／ｍｉｎ／１．７３m^2であった。３か月前は、カリウム値が４．９ｍＥｑ／Ｌ、ｅＧＦＲが５８．３ｍＬ／ｍｉｎ／１．７３m^2であったことから、カリウム値が上昇し、腎機能が低下していることがわかった。このままセララ錠５０ｍｇを継続服用すると、さらにカリウム値が上昇する可能性があると考え、処方医に問い合わせたところ、セララ錠５０ｍｇが削除になり、次回の診察日まで経過を観察することになった。
【事例２】患者の病態　低カリウム血症の事例
８０歳代の患者にツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）が処方された。お薬手帳を確認すると、患者に消化器内科からカリウム製剤が処方されていた。また、消化器内科で行った血液検査の結果から低カリウム血症であることを確認した。ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）は低カリウム血症のある患者への投与は禁忌であるため、疑義照会したところ薬剤が削除になった。

公益財団法人 日本医療機能評価機構：薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第24回報告書　より引用、改変

院外処方箋の検査値を活用することで、
禁忌の発見につながる可能性があります。

検査値の活用：腎機能（CRE、eGFR）

JSN eGFRcr：男性 $194 \times$ 血清Cr(mg/dL)$^{-1.094} \times$ 年齢(歳)$^{-0.287}$ (mL/分/1.73 m^2)

：女性 $194 \times$ 血清Cr(mg/dL)$^{-1.094} \times$ 年齢(歳)$^{-0.287} \times 0.739$ (mL/分/1.73 m^2)

注：酵素法で測定されたCr値（小数点以下2桁表記）を用いる．

18歳以上に適用　　標準的な体型　体表面積1.73m^2（例：170cm、63kg）

表2　添付文書などの腎機能別投与量の血清Crによる患者腎機能推算式の選択

		添付文書の腎機能別投与量の腎機能評価法		
		GFR	Ccr*3	
		eGFR mL/分/1.73 m^2	推算Ccr（jaffe法） mL/分	推算Ccr（酵素法） mL/分
患者腎機能	eGFR（mL/分/1.73 m^2）	そのまま適応*1	×BSA/1.73	—*2
	推算Ccr（酵素法）（mL/分）	—*2	—*2	そのまま適応
薬剤例		バリシチニブ，オマリグリプチンなど	酵素法が普及する前の薬：ファモチジン，ガンシクロビル，バルガンシクロビルなど	酵素法が普及してからの薬：ミロガバリン，ダビガトランなど

*1 体格が標準から離れている場合は体格補正を考慮

*2 補正値や係数を利用することも可能だが，原則，腎機能別薬剤投与量設定をした腎機能評価法を用いる

*3 推算Ccr（jaffe法）か推算Ccr（酵素法）か不明なものは両方で評価し判定する

一般社団法人 日本腎臓学会：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023　より引用、改変

表2　CKD重症度分類

CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2012)[a]

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30～299	300以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上

GFR区分 (mL/分/1.73 m²)				A1	A2	A3
	G1	正常または高値	≧90			
	G2	正常または軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	高度低下～末期腎不全	＜15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する．CKDの重症度は死亡，末期腎不全，CVD死亡発症のリスクを緑のステージを基準に，黄，オレンジ，赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する．

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注：わが国の保険診療では，アルブミン尿の定量測定は，糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し，3カ月に1回に限り認められている．糖尿病において，尿定性で1＋以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため，治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する．

(文献5，改変)

一般社団法人 日本腎臓学会:エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023　より引用、改変

診療科名：呼吸器外科

患者No：9902000019

院外処方箋

1/1

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号又は市町村番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	
保険者番号	3 1
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	（枝番）

患者 氏名	テスト DSY01 テスト DSY01 様
生年月日	昭和60年06月06日 38才 男性
区分	被保険者
保険医療機関の所在地及び名称	岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号 岩手医科大学附属病院
電話番号	019-613-7111
保険医氏名	開）富士通シス管 遠藤 ㊞
	病200以上
都道府県番号	03
点数表番号	1
医療機関コード	2211212
交付年月日	令和6年01月26日 ＊処方内容の手書きは、無効です。
処方箋の使用期限	1．交付月日を含めて4日以内 2．令和　年　月　日まで

処方

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、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

1）ユーエフティE配合顆粒T200（200mg/包）　3包
・・・1日3回　毎食後　7日分

以下余白

~~リフィル可 □（　回）~~

備考

麻薬施用者番号

「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 ㊞

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）

公費負担者番号	
公費負担医療又は老人医療の受給者番号	
患者住所	
調剤済年月日	
保険薬局の所在地及び名称	
保険薬剤師氏名	㊞

切り取り線

【患者さんへ】
●当院ではお薬を安全に使用するために、検査情報や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。
●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希望されない場合は、切り取り線で切り離し、左側の処方箋のみお渡しください。

【保険薬局の方へ】
●下記の情報は処方監査や服薬指導などにご活用ください。患者さんが返却を希望する場合は、切り離してお渡しください。目的以外の使用はしないでください。
●保険薬局向け案内（問い合わせ先、トレーシングレポート送付先など）を当院薬剤部HPに掲載しておりますので、ご覧下さい（右記のQRコードからも参照できます）。

当院薬剤部HP QRコード

身体情報

身長	155.0cm	体重	67.3kg	体表面積	1.66m²
測定日	2023/12/21	測定日	2021/12/08		

検査値情報（90日以内に測定歴のある検査値を表示しています）

検査項目	検査値	検査日	基準値（当院）	単位
白血球数	7.22	2023/06/27	3.3～8.6	$(10^3/\mu L)$
好中球数	6.31	2023/06/27	0.99～6.02	$(10^3/\mu L)$
ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ	8.3	2023/06/27	M:13.7～16.8 F:11.6～14.8	(g/dL)
血小板数	49	2023/06/27	158～348	$(10^3/\mu L)$
PT-INR	1.23	2021/12/24	0.90～1.10	
AST(GOT)	82	2021/12/24	13～30	(U/L)
ALT(GPT)	33	2021/12/24	M:10～42 F:7～23	(U/L)
総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ	3.6	2021/12/24	0.4～1.5	(mg/dL)
ｸﾚｱﾁﾆﾝ	3.39	2021/12/24	M:0.65～1.07 F:0.46～0.79	(mg/dL)
eGFR(ｸﾚｱﾁﾆﾝ式)	18	2021/12/24	90～	(ml/min/1.73m²)
ｸﾚｱﾁﾝｷﾅｰｾﾞ(CK)	22	2021/12/24	M:59～248 F:41～153	(U/L)
CRP	13.83	2021/12/24	0～0.14	(mg/dL)
HbA1c	2.0	2021/12/24	4.9～6.0	(%)
カリウム	6.8	2021/12/24	3.6～4.8	(mmol/L)
ナトリウム	136	2021/12/24	138～145	(mmol/L)
カルシウム	6.7	2021/12/24	8.8～10.1	(mg/dL)
アルブミン	1.7	2021/12/24	4.1～5.1	(g/dL)
マグネシウム	102.0	2021/12/24	1.8～2.3	(mg/dL)
尿酸	4.6	2021/12/24	M:3.7～7.8 F:2.6～5.5	(mg/dL)

注）基準値はあくまで参考であり、病態により異なります。

38歳、男性　身長155cm、体重67.3kg、体表面積1.66㎡
クレアチニン 3.39mg/dL、eGFR 18mL/min/1.73㎡

腎機能推算値の計算

（一般社団法人　日本腎臓病薬物療法学会HPより）

薬物投与量設定に使用する腎機能推算式
日本人のGFR推算式 (eGFR)，クレアチニンクリアランス推算式 (eCCr)

身長(cm)	155	cm
体重(kg)	67.3	kg
年齢（歳）	38	歳
性別	◉ 男性　○ 女性	
血清クレアチニン (S-Cr) (mg/dL)	3.39	mg/dL
血清シスタチンC (S-CysC) (mg/L)		mg/L

リセット　計算

体表面積（Du Boisの式）

1.66 m^2

理想体重

52.35 kg

S-Crから計算

eGFRcr(標準化eGFR)	17.96	mL/min/1.73m^2
体表面積未補正eGFRcr (個別化eGFR)	17.28	mL/min
eCCr(個別化eCCr)	28.12	mL/min
体表面積補正eCCr*(標準化eCCr)	29.23	mL/min/1.73m^2

- eGFRは筋肉量が減少している患者(長期臥床など)で高めに推算されます。
- Crは尿細管で分泌されるため、CCrは若年者ではGFRより30%程高めに推算されます。
- そのため、若年者ではCG式によるeCCr×0.789で個別化eGFRに換算されます。
- eCCrは肥満患者で高めに推算されるため、下記の理想体重を入力することも考慮してください。
- 実測CCrを測定した場合、検査部門からの報告では単位がmL/minと記載されているにもかかわらず、実際にはmL/min/1.73m^2（または施設により1.48m^2）に体表面積補正されている値の施設がほとんどであると考えられるため、自施設の表記方法を確認し、標準的な体格から外れている患者ではより注意してください。

用語解説

eCCr：Cockcroft-Gault式 (CG式) による推算クレアチニンクリアランス（mL/min）

eGFRcr：血清クレアチニン値をもとにした推算糸球体濾過量（mL/min/1.73m^2）

eGFRcys：血清シスタチンC値をもとにした推算糸球体濾過量（mL/min/1.73m^2）

標準化eGFRまたはeCCr：体表面積1.73m^{2}当たりの腎機能（eGFRまたはeCCr）

個別化eGFR：またはeCCr：個々の体格を考慮した腎機能（eGFRまたはeCCr）

詳細は最新の添付文書等をご確認ください。

重要

—医薬品の適正使用に欠かせない情報です。必ずお読みください。—

安全性速報

プラザキサ®カプセル 75mg
プラザキサ®カプセル 110mg による重篤な出血について

2011 年 8 月
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

本剤の発売の 2011 年 3 月 14 日から 2011 年 8 月 11 日までの間に、重篤な出血性の副作用が 81 例[注] 報告されています。そのうち、専門家の評価により、本剤との因果関係が否定できないとされる死亡例が 5 例[注] 報告されています（発売以降の推定使用患者数約 6 万 4 千人）。このような状況を考慮し、使用上の注意に「警告」を加えて注意喚起することに致しました。

本剤の使用にあたっては、以下の事項にご注意ください。

- **投与中は出血や貧血等の徴候を十分に観察してください**
  患者の状態（腎機能、高齢者、消化管出血の既往等）による出血の危険性を考慮し、本剤の投与の適否を慎重に判断してください。本剤による出血リスクを正確に評価できる指標は確立されておらず、本剤の抗凝固作用を中和する薬剤はないため、本剤投与中は、血液凝固に関する検査値のみならず、出血や貧血等の徴候を十分に観察し、これらの徴候が認められた場合には、直ちに適切な処置を行ってください。特に「慎重投与」の項に掲げられた患者には注意してください。
- **患者には、出血があった場合は直ちに医師に連絡するよう指導してください**
  患者には出血しやすくなることを説明し、鼻出血、歯肉出血、皮下出血、血尿、血便等の異常な出血が認められた場合には、直ちに医師に連絡するよう指導してください。
- **必ず腎機能を確認してください**
  本剤を投与する前に、必ず腎機能を確認してください。また、本剤投与中は適宜、腎機能検査を行い、腎機能の悪化が認められた場合には、投与の中止や減量を考慮してください。

注）2011 年 8 月 11 日までに当局報告した症例数を記載しています。

＊＊2023年11月改訂（第3版）
＊2023年8月改訂（第2版）

日本標準商品分類番号
873339

	カプセル75mg	カプセル110mg
承認番号	22300AMX00433000	22300AMX00434000
販売開始	2011年3月	2011年3月

直接トロンビン阻害剤
ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩製剤
貯法：室温保存
有効期間：3年
処方箋医薬品[注]

プラザキサ®カプセル75mg
プラザキサ®カプセル110mg
Prazaxa®Capsules 75mg・110mg

Boehringer Ingelheim

®＝登録商標

注）注意－医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）
2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2.2 透析患者を含む高度の腎障害（クレアチニンクリアランス30mL/min未満）のある患者［8.2、9.1.2、9.2.1、16.6.1参照］
2.3 出血症状のある患者、出血性素因のある患者及び止血障害のある患者［出血を助長するおそれがある。］［1.、8.1、9.1.2参照］
2.4 臨床的に問題となる出血リスクのある器質的病変（6ヶ月以内の出血性脳卒中を含む）の患者［1.、9.1.2参照］
2.5 脊椎・硬膜外カテーテルを留置している患者及び抜去後1時間以内の患者［外傷性や頻回の穿刺や術後の硬膜外カテーテルの留置によって脊髄血腫や硬膜外血腫の危険性が増大する。］［1.、9.1.2参照］
2.6 イトラコナゾール（経口剤）を投与中の患者［9.1.2、10.1参照］

「透析患者を含む高度の腎障害（クレアチニンクリアランス30mL/min未満）のある患者」は禁忌

詳細は最新の添付文書等をご確認ください。

適正使用のお願い

2023 年 11 月

テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤製造販売会社

代謝拮抗剤
ティーエスワン配合カプセル・顆粒・OD 錠
エスワンタイホウ配合 OD 錠
エスエーワン配合カプセル・顆粒・OD 錠
エヌケーエスワン配合カプセル・顆粒・OD 錠

本剤に含まれるギメラシル（CDHP）[*1]は腎排泄型であり、腎障害のある患者では CDHP のクリアランスが低下するため、血中フルオロウラシル（5-FU）濃度が上昇し、骨髄抑制等の副作用が強くあらわれるおそれがあります。そのため、本剤の電子添文には重篤な腎障害のある患者を「禁忌」とし、腎障害のある患者への投与時の注意を「特定の背景を有する患者に関する注意」に記載しております。

本剤を禁忌である「重篤な腎障害のある患者」（クレアチニンクリアランス(Ccr)：30mL/min 未満）に投与した症例報告が散見されており、また、これらのうち死亡の転帰をたどった症例が報告されています。

本剤の使用にあたっては、以下の事項にご注意いただきますようお願い申し上げます。

[*1] ギメラシル（CDHP）：主として肝に多く分布する 5-FU の異化代謝酵素のジヒドロピリミジンデヒドロゲナーゼ（DPD）を選択的に阻害（可逆的）することによって、テガフールより変換される 5-FU 濃度を上昇させます。

重篤な腎障害のある患者（禁忌）に投与しないでください

1．クレアチニンクリアランス(Ccr)：30mL/min 未満の患者には投与しないでください
2．透析患者には投与しないでください（本剤の除去率等の十分な情報がないため）

疑義照会をする前に

- 処方目的
- 服用継続期間
- 問題となる副作用
- 異常値の程度・数値の傾向・期間
- 患者の症状の有無

等を総合的に評価しましょう。

検査値を活用していくためには、勉強会や書籍等を通じて理解を深めていく必要があります。
薬局と病院で連携し、一緒に勉強していきましょう。

まとめ

- 令和6年3月4日（月）夕方（システム適用完了後）より開始より、岩手医科大学附属病院の院外処方箋に患者さんの検査値の一部、身体情報（身長、体重、体表面積）等を表示いたします。
- 患者さんの検査値を参照されることで、禁忌投与の発見など、薬物療法の有効性や安全性向上に寄与できるものと考えております。
- 保険薬局の先生方のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

本件に係る問い合わせ先
岩手医科大学附属病院　薬剤部　医薬品情報管理室
☎ 019-613-7111（内線4220）