

一宮市立市民病院眼科日帰り手術院外処方運用について (保険薬局用)

1. 一宮市立市民病院眼科にて、白内障日帰り手術施行後の「点眼薬・内服抗生剤・鎮痛剤頓服」の処方
は、院外処方とする。

2. 医師は、白内障日帰り手術施行後の「セット処方」を使用して、手術当日に院外処方箋を発行する。

※平成 29 年 3 月現在、眼科手術日は月曜日午後と水曜日午後で、1 日最大 6 件の手術枠あり(入院も含む)

3. 眼科外来看護師は、上記院外処方箋が発行された患者に、リーフレット「白内障の手術後のおくすり
について」及び「一宮市立市民病院点眼指導確認シート」(以下、「確認シート」とする)を渡す。

※眼科外来看護師は、「確認シート」の患者識別番号欄に当該患者の「患者識別番号」を記載した状態
で、患者に渡す。

4. 保険薬局薬剤師は処方箋を応需したら、調剤後、リーフレット「白内障の手術後のおくすりについて」
を用いて点眼・服薬指導を行い、「確認シート」に必要事項をもれなく記載する。個人情報保護のため、
患者 ID、患者氏名等の記載は行わない。

※記載必要事項：指導年月日、送信元保険薬局名、担当薬剤師名、「指導内容」、「説明内容」、「医師へ
の連絡事項」「その他」

5. 保険薬局薬剤師は、指導後、当日中に「確認シート」を一宮市立市民病院薬剤局に FAX 送信する。

(FAX 番号 0586-23-6016)

※「術後の点眼薬」及び「抗生剤内服薬」は手術翌日から開始する。
手術翌日に術後外来診察あり。

6. 院内薬剤局薬剤師は、「確認シート」により得られた保険薬局薬剤師からの情報(点眼手技上の問題点、
患者からの質問等)を確認の上、医師に FAX 転送その他の方法で「確認シート」の内容を伝達する。

7. 医師は、「確認シート」の内容を確認し、次回以降の診察時必要な患者指導を行う。

8. リーフレット「白内障の手術後のおくすりについて」及び「確認シート」は、運用開始日以降、一宮
市薬剤師会ホームページよりダウンロードできる。(会員薬局のみ)

運用開始日：平成 29 年 3 月 1 日

処方箋

総合内科

3418

引換券番号:

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

2023年02月09日
11時17分

公費負担者番号 又は市町村番号		保険者番号	010000009
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	123・456

氏名 **テスト 一郎** 09999999-2 (男) 保険医療機関の **愛知県一宮市文京2丁目2番22号**
所在地及び名称 **一宮市立市民病院**
電話番号 **0586-71-1911**
保険医氏名 **SSI 医師** (印)

生年月日 **平成 2年 11月 28日** 31歳11ヶ月

交付年月日	令和 4年 10月 31日	処方箋の使用期間	令和 4年 11月 3日
-------	---------------	----------	--------------

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）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」または「×」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	01	【般】レボフロキサシ点眼液0.5% 5mL/本 点眼)1日4回 右眼	1本
	02	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%・5mL/本 点眼)1日4回 両眼	1本
	03	【般】ジクロフェナクNa点眼液0.1% 5mL/本 点眼)1日4回 右眼	1本
	04	【般】アセトアミノフェン錠200mg 疼痛時	2錠 3回分
方	--- 以下余白 ---		

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「✓」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

変更不可欄に「✓」又は「×」を記載した場合、以下に署名又は記名・押印すること。
 保険医署名 (印)

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「✓」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	
--------	----------	---------	--

保険薬局の所在地名称		公費負担医療の受給者番号	
------------	--	--------------	--

保険薬剤師氏名 (印)

検査結果

検査名	基準値	検査結果	単位	検査日
ALT				
AST				
CPK				
K	3.6 ~ 4.8	3.9	mmol/l	2022/10/23
CREA	0.65 ~ 1.07	1.96 H	mg/dl	2022/10/22
eGFR	90 ~	34.7		2022/10/22
T-BiL				
CRP				
HbA1c (NGSP値)	4.9 ~ 6	5.8	%	2022/10/23
PT-INR		1.02		2022/10/23
WBC	3.3 ~ 8.6	6.0	x10 ³ /ul	2022/10/24
Hb	13.7 ~ 16.8	13.7	g/dl	2022/10/24
Plt	158 ~ 348	257.0	x10 ³ /ul	2022/10/24

*年齢、疾患等により基準値が異なる場合があります（小児等）
 *最新の90日以内の結果を表示しています

切り取り線

患者様へ

○医薬品適正使用のため、上部には最近の血液検査結果が記載されています。ご不明な点があればお申し出ください。

○院外処方提出時は、併せてお薬手帳をご提示ください。

○院外処方せんの有効期限は交付日を含めて4日以内です。

切り取り線

○正面入り口手前には、一宮市薬剤師会が運営するFAXコーナーがあります。薬局への事前FAX送信のほかに「かかりつけ薬局」のご相談なども受け付けておりますのでお気軽にご利用ください。

保険調剤薬局の方へ

○処方せんについて

当院では、手書きによる記載および修正は行っておりません。（但し保険番号などの修正は除きます）また、コピー防止のため「複写厳禁」の地紋印刷が施してあります。

○「一宮市立市民病院 確認印」について

処方せんに確認印が無い場合は、処方内容変更の場合もありますのでお手数ですが、必ずご連絡をお願いいたします。

○散薬の単位が「mg」のものは原則、成分量（力価）での表記になります。

○疑義照会について

処方せん内容について疑義がある場合は専用の問い合わせ表等に疑義内容を記載の上、この処方せんと共に一宮市立市民病院 院内 薬剤局まで送信の上、ご連絡をお願いいたします。



一宮市立市民病院 薬剤局 TEL: (0586) 71-1911 (内線: 5161) FAX: (0586) 23-6016

一宮市立市民病院点眼指導確認シート

※この用紙と「白内障の手術後のおくすりについて」のリーフレットは処方箋とともに院外薬局に持参して下さい(必ず薬局にお渡し下さい)。

一宮市立市民病院	薬剤局行き
【TEL】0586-71-1911(代表)	
【FAX】0586-23-6016	

指導年月日:	年	月	日
送付枚数:	本状含み	枚	

点眼指導後、必要事項を記入し院外処方箋とあわせて当院薬剤局に送信してください。
点眼指導確認シートの内容は翌日の診察時に医師が確認します。

患者識別番号: (外来看護師が記載)
(保険薬局では、患者ID、患者氏名等の 個人情報を記載しないでください)

送信元: 保険薬局名、TEL、FAX、担当薬剤師名

※「術後の点眼薬」及び「抗生剤内服薬」は手術翌日からの開始です。

【指導内容】

- | | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ・ベガモックス点眼の廃棄 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼の種類 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼の順序 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼の回数 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼の間隔 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼の継続期間 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼の必要性 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・清潔操作 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・点眼方法 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・目薬の区別 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |
| ・鎮痛薬の使い方 | <input type="checkbox"/> 理解された | <input type="checkbox"/> ご家族、付き添いへの指導 |

【説明内容】 点眼説明書提供 口頭指導

【医師への連絡事項】

- ご本人により正しく点眼ができます ご家族、付き添いの協力にて点眼できます
 点眼補助具が必要でした
 患者さんから副作用の訴えがありました()



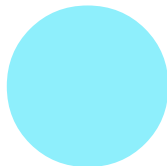
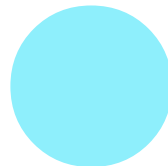
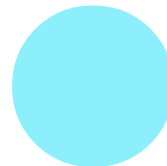

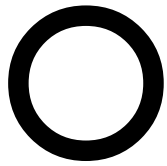
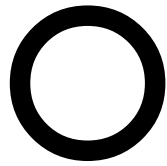
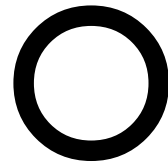
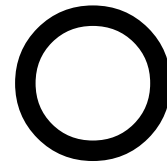



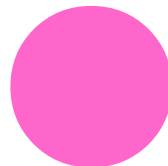
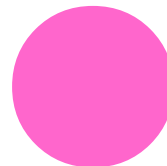
【その他】

白内障の手術後のおくすりについて (日帰り手術の患者さんへ)



一宮市立市民病院
眼科・薬剤局

※手術の翌日より始まるお薬について 白内障の手術後の目薬

順番	薬剤名	用法	朝食後	昼食後	夕食後	寝る前
①		右・左				
②		右・左				
③		右・左				

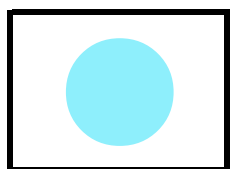
※5分以上間隔をあけて点眼してください。

※両眼手術時は、右目用と左目用と目薬を区別してください。

白内障手術後の薬

点眼薬

術後には感染予防や合併症予防のため、**3種類の点眼薬**をさします。

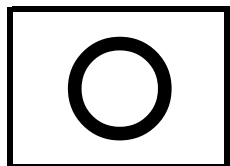


ジクロフェナク
点眼液

— 非ステロイド剤プロスタグランディン
合成抑制

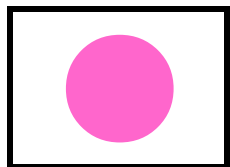
嚢胞様黄斑浮腫(CME)発生予防

CME＝術後の炎症が原因で術後2～3ヶ月以内に
黄斑部網膜に小嚢胞様の浮腫が生じるもの



リンデロン
点眼液

— ステロイド剤 抗炎症作用



レボフロキサシン
点眼液

— 抗菌剤 感染予防

※手術5日前よりのベガモックス点眼液は手術当日朝までです。残薬は破棄してください。

内服薬

手術後、痛いときに内服します。



アセトアミノフェン錠200mg 2錠

— 痛み止め

6時間以上間隔をあけて 1日3回まで服用可能です。



点眼するにあたっての注意事項

- 1.点眼前に手を洗い、清潔にしましょう。
- 2.点眼液の容器の先が眼に触れないようにしましょう
- 3.点眼する液量は1滴で十分です。
- 4.点眼後はまばたきせずにしばらく眼をとじましょう。
- 5.あふれた液は清浄綿などでふきとりましょう。
- 6.5分以上の点眼間隔をとりましょう。
- 7.点眼は医師の指示があるまで継続しましょう。

目安として

ジクロフェナク点眼液： 2～3ヶ月

リンデロン点眼液： 1ヶ月

レボフロキサシン点眼液：1ヶ月

- 8.点眼液1本あたりの点眼可能回数が点眼液ごとに違います。

ジクロフェナク点眼液：100滴 リンデロン点眼液：125滴 レボフロキサシン点眼液：135滴

- 9.点眼液は点眼後は室温保存で問題ありません。



点眼方法

点眼方法 1 : 両手点眼指差し法



手をきれいに洗います。



点眼ボトルのキャップを取り
ます。



点眼ボトルを親指と中指では
さみ、人差し指を底部に当て
ます。



もう片方の手の人差し指で点
眼ボトルの先を指し、点眼ボ
トルを持つ手を固定します。



人さし指で下まぶたを引いま
す。



顔を上に向け、底部に当てた
人差し指を押して、1滴を点
眼します。



目の周りにあふれた点眼液を
ふき取ります。



目頭を1~5分程度軽く押さ
えます。

点眼方法 2 : げんこつ法



手をきれいに洗います。



点眼ボトルのキャップを取り
ます。



点眼ボトルを両サイドからは
さむように持ちます。



もう片方の手でげんこつを作
り点眼ボトルを持つ手を固定
します。



げんこつで下まぶたを引いま
す。



顔を上に向け、はさんだ指で
押して、1滴を点眼します。



目の周りにあふれた点眼液を
ふき取ります。



目頭を1~5分程度軽く押さ
えます。