

① 直球・読み手の興味を強く引くタイトル

- 『長生きする医者、長生きできない医者』
 - 『良い医者・悪い医者・普通の医者』
 - 『医者の腕はどこで決まるのか』
 - 『あなたの主治医は大丈夫ですか』
-

② 開業医・臨床現場のリアルが伝わるタイトル

- 『開業医という仕事 ― 現場から見た医療の真実』
 - 『外来診療の裏側で起きていること』
 - 『カルテの向こう側 ― 開業医の臨床記録』
 - 『診察室から見える医療の光と影』
-

③ 少し挑発的・エッセイ色のあるタイトル

- 『なぜあの医者に当たると寿命が変わるのか』
 - 『医者選びで人生は決まる』
 - 『医者も人間だ』
 - 『医療は正しいだけではうまくいかない』
-

④ 落ち着いた・専門性を感じさせるタイトル

- 『臨床から考える「良い医療」とは何か』
- 『日常診療における判断と責任』
- 『臨床医の思考回路』
- 『患者の未来を左右する一瞬の判断』

⑤ サブタイトル付き（おすすめ）

一段深みが出ます。

- 『良い医者・悪い医者・普通の医者』
 - 開業医が見つめた医療の現実』
- 『長生きする医者、長生きできない医者』
 - 臨床現場からの提言』
- 『医者選びで人生は変わる』
 - 外来診療の現場から見た真実』

全 国 の 医 師 ・ 薬 剤 師 へ !

一枚の処方箋の裏には 未記入のこんな真実があっ
た！

QRコード 解説付

著 者 医師 志村博基 薬剤師 植野友斗 薬剤師 森将治

（仮）監修 東邦大学医学部名誉教授 山梨大学客員教授 杉山篤

処方箋は、患者さんの診察してその他必要があれば検査もして、一枚の紙で医師が薬剤師に渡すものですが、その裏に隠れた背景と真実は、言い表せないものも沢山あります。本書では処方箋を出す医師の考え・処方箋を受け取る薬剤師の説明の仕方を中心としてより良い医療が行われる目的で執筆しました。

全国の薬剤師は、数多くの処方箋を受け取り患者さんに説明していると思いますが、その一助となれば幸いです。



しむら医院 院長 志村博基

しむら医院について

ファミリードクターをめざして、患者さまへの思いやりをモットーに。

山梨県笛吹市の一般内科・胃腸科・小児科を診療するしむら医院では、

赤ちゃんからお年寄りまで、幅広くオールマイティーに何でも気軽に相談できる医院です。

地域医療を通じて、患者さまの健康管理に貢献いたします。



目次

－ 感染症 －

コロナ (COVID-19)

インフルエンザ

A 群溶結性レンサ球菌感染症

マイコプラズマ感染症

膀胱炎

帯状疱疹

手足口病、突発性発疹

－ 呼吸器疾患 －

かぜ症候群

市中肺炎

非結核性抗酸菌症

気管支喘息

慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

睡眠時無呼吸症候群

気胸

禁煙治療

過換気症候群

－ 循環器 －

心不全

高血圧

狭心症

心筋梗塞

期外収縮

心房細動

－ 消化器疾患 －

逆流性食道炎

食道裂肛ヘルニア

食道癌

ヘリコバクターピロリ感染症

胃潰瘍・十二指腸潰瘍

胃癌

大腸ポリープ

大腸癌

－腹痛－

下痢

便秘

悪心・嘔吐

－肝・胆・膵疾患－

アルコール性肝障害

胆石症

急性膵炎

膵膿疱

膵癌

－腎疾患－

糖尿病性壊疽

高血圧性腎障害

高K血症、低K血症

血尿

慢性腎不全

－血液疾患－

鉄欠乏性貧血

白血病

－代謝疾患－

糖尿病

脂質異常症（高LDL-C血症）

高TG血症

肥満症

痛風・高尿酸血症

－内分泌疾患－

甲状腺機能低下症

急性・亜急性甲状腺炎

褐色細胞腫

－アレルギー疾患－

花粉症

アトピー性皮膚炎

－ 膠原病および類縁疾患 －

関節リウマチ

全身性エリテマトーデス

リウマチ性多発筋痛症

－ 神経・筋疾患 －

脳梗塞

脳出血

くも膜下出血

アルツハイマー病

パーキンソン病

－ その他 －

骨粗鬆症

不眠症

－ 症候学 －

発熱

腹痛

下痢

呼吸困難

頭痛

下肢のしびれ心不全

症状について

症例 64 歳 男性

2 日前より、38 度台の発熱と咽頭通全身の怠さ・頭痛を訴え受診

院外の車内での、迅速検査コロナ陽性、インフルエンザ A(-)B(-)

溶連菌検査検査マイナス、以上より新型コロナウイルス感染症と診断

処方箋

ゾコーバ錠 ... 初日 3 錠、2 日目から 5 日目 1 錠... 新型コロナに効く薬

フロモックス 3 錠 ... 肺炎予防

カロナール 6 錠 ... 発熱や頭痛などに対し

シメチジン 3 錠 ... 胃を守る

検査キット



医師の考え

新型コロナウイルスの治療薬は3種類報告されているが、感染症学会で後遺症リスクが少なく推奨されているのがゾコーバ錠

患者様に希望があれば処方する

ただし、ゾコーバ錠では、併用禁忌薬剤が多く、状況に応じて

併用禁忌の種類が少ないラゲブリオの変更を検討しています



薬剤師の考え

ハルシオン・リポバス・カルブロック・イグザレルト・ベルソムラ等は

ゾコーバ錠処方時禁忌となっています。

症例 1 【年齢 38 歳】 【男性】 【2 型糖尿病症例】

2025 年 1 月 4 日、咽頭痛を主訴に来院。溶連菌迅速検査を施行したところ、溶連菌感染症と診断された。併せて実施した尿検査にて尿糖（+++）を認め、血液検査では血糖値 283 mg/dL、HbA1c 10.0%と高値を示し、2 型糖尿病と診断

処方箋①（2025.1.4）

ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠 ... 1 錠

エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

分 1 朝食後 28 日分

処方箋②（2025.2.1）

ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠 ... 1 錠

エンパグリフロジン 25mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

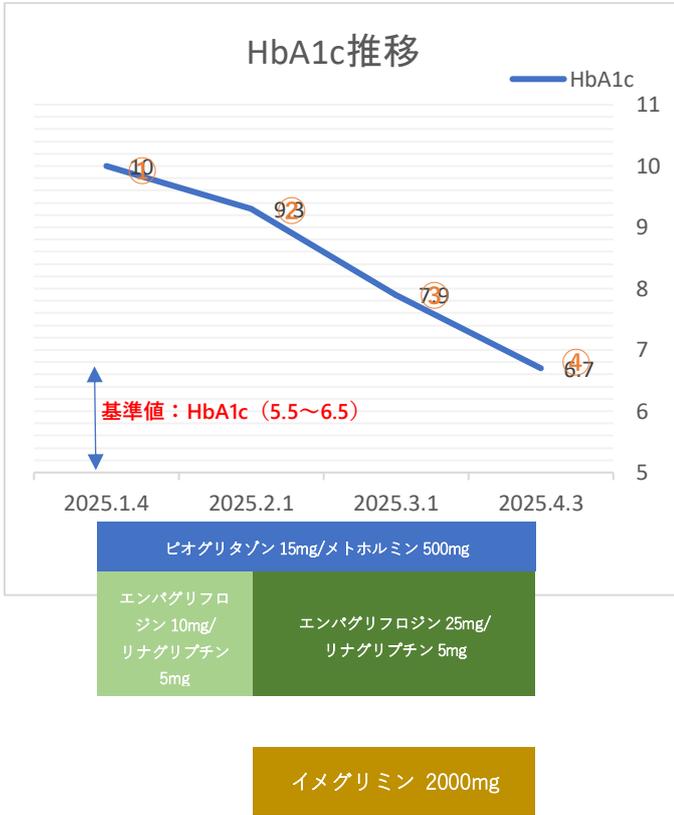
分 1 朝食後 28 日分

イメグリミン錠 500mg ... 4 錠

分 2 朝・夕食後 28 日分

処方箋③（2025.3.1） / 処方箋④（2025.4.3）

処方箋②継続処方



グラフ解説

目 標	コントロール目標値		
	血糖正常化を 目指す際の目標	合併症予防 のための目標	治療強化が 困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

処方解説

① HbA1c が 10.0%と高値を示した糖尿病症例に対し、初期治療として以下の薬剤を処方した

・ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠

・エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠

② HbA1c が 9.3%に低下した時点で、治療の変更を行った

エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠

→ エンパグリフロジン 25mg/リナグリプチン 5mg 配合錠に増量変更

イメグリミン錠 500mg → 1 日 4 錠を追加処方

③ 処方②を 2 か月継続した所 HbA1c 9.3 から 6.7 に改善した

医師の考え

糖尿病の合併症である神経症（糖尿病性神経障害）や腎症（糖尿病性腎症）は、一般的に網膜症（糖尿病性網膜症）が出現していなければ発症していないことが多いと考えられています。網膜症は細小血管障害の指標の一つであり、網膜症が認められない場合、同様の機序による神経症や腎症の進行も比較的少ないと推察されます。

症例 2 【年齢 54 歳】 【男性】 【2 型糖尿病症例】 【高血圧】

2025 年 1 月 7 日、54 歳男性が来院した。血圧は 170/100 mmHg と高値を示していたため、血液検査を実施した。その結

果 HbA1c は 8.5% と高値であり、血糖コントロール不良が認められた。

眼科で糖尿病網膜症なし。

処方箋① (2025.1.8)

ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠 ... 1 錠

エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

分 1 朝食後 28 日分

処方箋② (2025.2.1)

ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠 ... 1 錠

エンパグリフロジン 25mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

イルベサルタン 100mg/アムロジピン 10mg 配合錠 ... 1 錠

分 1 朝食後 28 日分

イルベサルタン 100mg/トリクロールメチアジド 1mg 配合錠 ... 1 錠

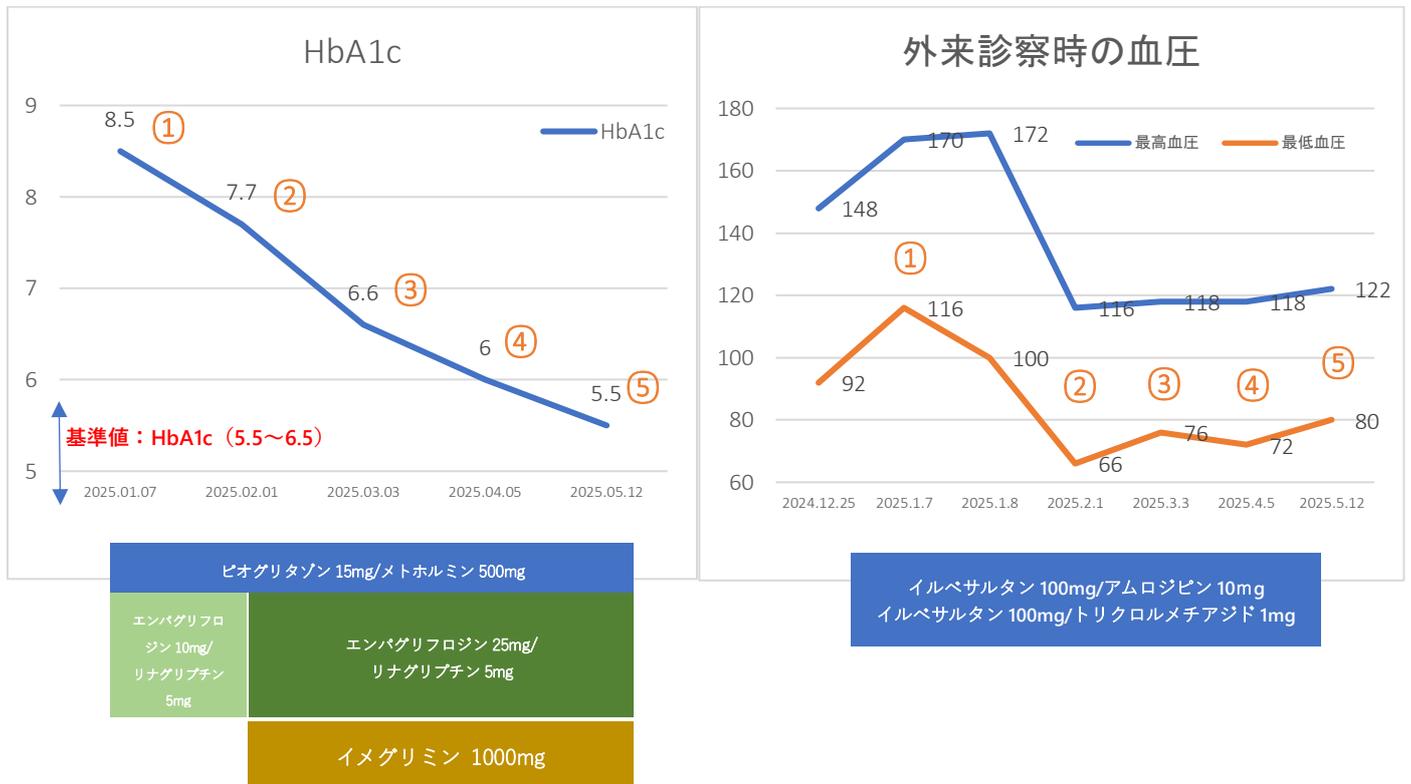
分 1 夕食後 28 日分

イメグリミン錠 500mg ... 2 錠

分2 朝・夕食後 28日分

処方箋③(2025.3.3) / 処方箋④(2025.4.5) / 処方箋⑤(2025.5.12)

処方箋②継続処方



処方解説

① HbA1c は 8.5%、血圧は 170/116 mmHg と高値を示していたため、以下の初期治療を開始した

【糖尿病治療薬】

・ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠

・エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠

【高血圧治療薬】

・イルベサルタン 100mg/アムロジピン 10mg 配合錠

・イルベサルタン 100mg/トリクロルメチアジド 1mg 配合錠

② HbA1c が 7.7%とまだ高いため、治療の変更を行った

・エンパグリフロジン 25mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 → 変更なし（継続）

・イメグリミン錠 500mg → 1 日 2 錠を追加処方

・HbA1c の改善

処方②を 2 か月継続した結果、HbA1c は 7.7%から 5.5%に改善した

・血圧の改善

処方①を 4 か月継続した結果、血圧は 170/116 mmHg から 122/80 mmHg に正常化した

医師の考え

日本高血圧学会『高血圧治療ガイドライン 2019』では、糖尿病を有する患者に対しては、収縮期血圧 130 mmHg または拡張期血圧 80 mmHg 以上で治療を開始し、130/80 mmHg 未満を目標とすることが推奨されている。

本症例では、初診時の血圧が 170/116 mmHg と著明な高値を示し、糖尿病も合併していたため、ガイドラインに基づき降圧治療を開始した。

治療として、ARB（イルベサルタン）、Ca拮抗薬（アムロジピン）、およびチアジド系利尿薬（トリクロルメチアジド）を併用処方した。

約 1 か月後の再診時には、血圧は目標値である 130/80 mmHg 未満に改善し、良好な治療反応が認められた。今後も血圧コントロールの維持を図るため、薬物療法に加えて生活習慣の見直しを継続していく方針とした。

エンパグリフロジン製剤（SGLT-2 阻害薬）／リナグリプチン製剤（DPP-4 阻害薬）は、血糖を下げる成分が 2 種類配合された治療薬です。

【DPP-4 阻害薬】

DPP-4 阻害薬は、DPP-4 酵素を阻害することにより、インクレチンの量を増加させます。これにより、食後に膵臓からのインスリン分泌が促進され、肝臓での糖の産生が抑制されます。結果として、食後の高血糖を改善する効果があります。特徴的な点は、血糖が高い時のみインスリン分泌が促進されるため、低血糖を起こしにくいことです。さらに、リナグリプチンは主に胆汁から未変化体で排泄されるため、腎機能や肝機能に依存せず、同じ用量で使用できるというメリットがあります。このため、高齢者や腎機能が低下している患者にも使用しやすい薬剤です。加えて、リナグリプチンは食欲の増進や体重増加を引き起こしにくいという利点もあります。

【SGLT-2 阻害薬】

SGLT-2 阻害薬は、尿細管での糖の再吸収を抑制し、ブドウ糖を尿中に排泄させることによって血糖を下げます。インスリンとは関係なく血糖を下げるため、食事や運動の影響を受けることなく、持続的に効果を発揮します。ただし、糖とともに水分も排泄されるため、尿量が増加することがあります。また、SGLT-2 阻害薬には体重減少が副作用として報告されており、この減少は体組成全体に対して均等に行われることが確認されています。

副作用と予防策

エンパグリフロジン製剤（SGLT-2 阻害薬）の主な副作用として、尿路感染症（頻尿、排尿時の痛み、残尿感）や性器感染症（女性の場合、陰部のかゆみ、おりものの色やにおいの変化）が報告されています。これらの副作用を予防するためには、トイレを我慢しないこと、陰部を清潔に保つこと、十分な水分補給を行うことが推奨されています。

また、この薬剤は尿量が増えることでトイレが近くなることがあるため、日中の活動に支障が出にくい朝の服用が推奨されます。こう

した配慮により、副作用を最小限にしながら、より安全に薬剤を使用することができます。

ピオグリタゾン製剤／メトホルミン製剤は、血糖を下げる成分が 2 種類配合された治療薬です。

◆ピオグリタゾン製剤（チアゾリジン系／PPAR γ 作動薬）

作用機序：

ピオグリタゾンは、肥大化した脂肪細胞に作用し、小型化させることでインスリン感受性を改善します。これにより、ブドウ糖の取り込みが促進され、結果として血糖値が下がります。

治療効果の背景：

肥満では脂肪細胞の肥大化によりインスリン抵抗性が高まるため、ピオグリタゾンは特に肥満を伴う 2 型糖尿病患者で効果が得られやすいとされています。

特徴：

- インスリン抵抗性を改善
- 肥満・内臓脂肪の多い患者に有効
- 単独または他剤との併用が可能

副作用・注意点：

- 浮腫（Na 再吸収促進による）
- 心不全のある患者には禁忌
- 体重増加、骨折リスクに注意

◆メトホルミン製剤（ビグアナイド系）

作用機序：

メトホルミンはインスリン分泌を促さずに血糖を下げる薬です。以下の 3 つの経路を通じて作用します：

1. 肝臓での糖新生抑制（空腹時血糖↓）
2. 骨格筋・脂肪組織での糖取り込み促進

3. 小腸からの糖吸収抑制（食後血糖↓）

特徴：

- 肥満・非肥満問わず有効
- 体重増加を起こしにくい
- 併用療法の基礎薬として有用

副作用・注意点：

- 主な副作用：下痢、悪心、食欲不振、腹痛
- 重大な副作用：乳酸アシドーシス（極めて稀だが重篤）
- 投与禁忌：腎障害、肝疾患、心不全、重度の呼吸器疾患、過度の飲酒
- 75歳以上の新規投与は原則推奨されない
- ヨード造影剤検査前後は一時中止が必要

まとめ：

ピオグリタゾンとメトホルミンは、いずれも2型糖尿病における基本的かつ有効な治療薬です。それぞれ異なる作用機序を持ち、患者の病態（肥満・インスリン抵抗性・併存疾患など）に応じて適切に選択されることが重要です。

糖尿病治療薬の副作用と対処法

※服薬中に注意してほしい体調変化とその対応方法をまとめています。

【低血糖】

症状：

空腹感、動悸、ふらつき、頭痛、脱力感、冷や汗、めまい など

対処法：

症状を感じたらすぐにブドウ糖（なければ砂糖やジュース）を摂取してください。

※ただし、**α-グルコシダーゼ阻害薬**を併用している場合は**砂糖ではなくブドウ糖**を使用する必要があります。

※対処が遅れると意識障害を起こすこともあります。常に携帯を。

【ケトアシドーシス】

症状：

吐き気・嘔吐、腹痛、強い喉の渇き、食欲不振、全身のだるさ、呼吸が浅く早い、意識もうろう など

対処法：

これらの症状が出た場合は**血糖値にかかわらず、すぐに医療機関を受診**してください。

特に **SGLT-2 阻害薬**を使用中の方では血糖が正常でも起こることがあります。

注意点：

過度な糖質制限（米・パン・麺など主食を完全に抜く）は控えてください。

リスクが高い人：

- 高齢者
- 利尿剤を使っている方

- 腎機能が低下している方
 - インスリン分泌が少ない方
 - 最近インスリンを中止・減量した方
 - 食事がとれない状態（発熱・下痢など）
 - 感染症、脱水がある方
-

【日常生活での予防ポイント】

- 食事を抜かず、主食は適度に摂る
- こまめに水分補給する
- トイレを我慢せず、体を清潔に保つ
- 体調が悪い時は無理せず、医師に相談を
- 服薬内容・症状を記録し、診察時に共有しましょう

症例 3 【年齢 68 歳】 【女性】 【骨粗鬆症症例】 【逆流性食道炎】

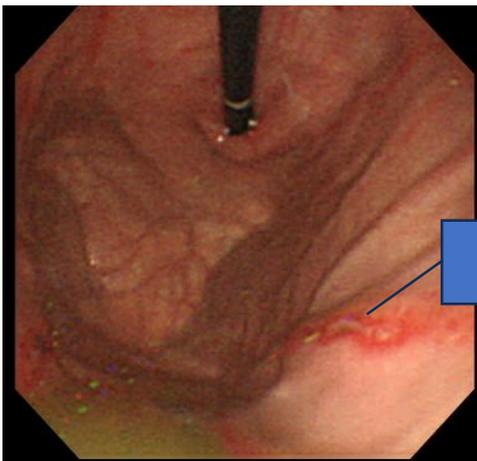
2025 年 1 月 7 日、54 歳男性が来院した。血圧は 170/100 mmHg と高値を示していたため、血液検査を実施した。その結果、HbA1c は 8.5% と高値であり、血糖コントロール不良が認められた。

処方箋① (2025.1.8)

ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠 ... 1 錠

エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

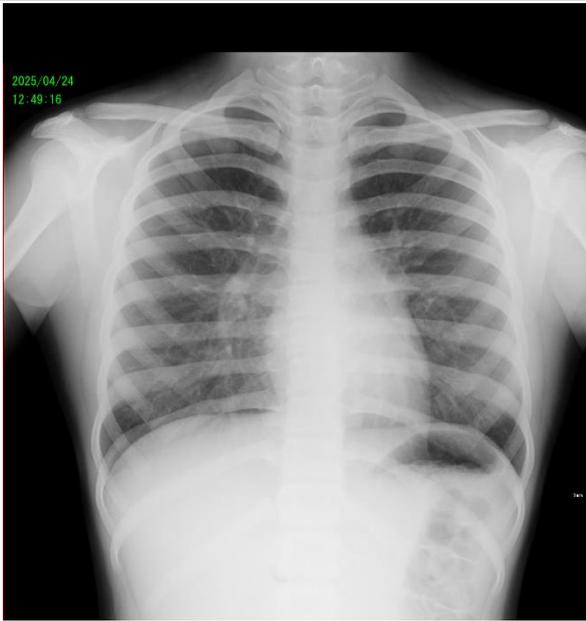
分 1 朝食後 28 日分



体中部後壁
線状潰瘍

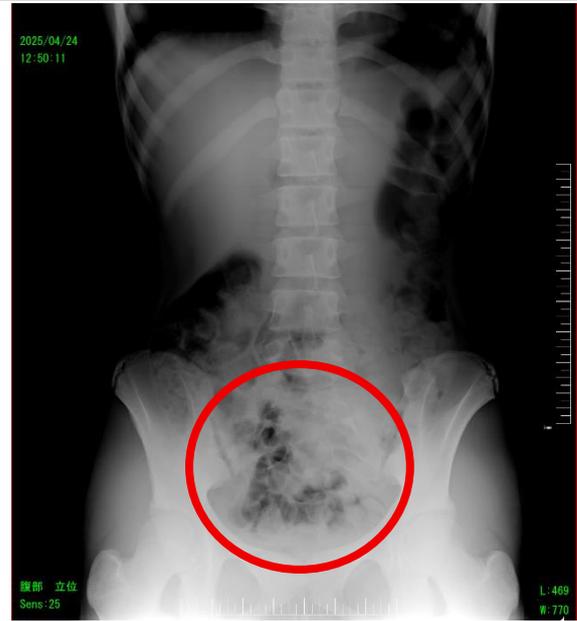
症例〇〇 【年齢 11 歳】 【女性】 【症例】 【高血圧】

体温 39.5°Cの発熱、頭痛、食欲不振、および透明な鼻汁を認めました。鼻汁の性状より、アレルギー性鼻炎の可能性も考慮されます。院外にて実施された緊急検査では、新型コロナウイルス抗原陰性、インフルエンザウイルス A 型・B 型ともに陰性でした。胸部レントゲンにおいて肺炎を示唆する所見は認められず、腹部レントゲンでは下腹部に糞便の貯留を認めました。



胸部レントゲン解説

心拡大も無く、肺野も Clear で肺炎無し



腹部レントゲン解説

赤丸の箇所（S 状結腸と直腸内）に
ガスと便のたまり有り、便秘と考える

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
白血球数		WBC 8500	/μL M3900~9800 F3500~9100
赤血球数		RBC 446	万/μL M 427~570 F 376~500
血色素量		HGB 13.1	g/dL M 13.5~17.6 F 11.3~15.2
ヘマトクリット値		HCT 40.2	% M 39.8~51.8 F 33.4~44.9
MCV		MCV 90	fL M 83~102 F 79~100
MCH		MCH 29.4	pg M 28.0~34.6 F 26.3~34.3
MCHC		MCHC 32.6	% M 31.6~36.6 F 30.7~36.6
血小板数		PLT 29.7	万/μL 13.0~36.9
網状赤血球数	レチコ		% 2~27
白血球像	好塩基球	Ba 0.2	% 0.0~3.0
	好酸球	Eo 0.7	% 0.0~10.0
	好中球	Neut 90.9	% 35.0~73.0
	桿状核球	St	% 0.0~18.0
	分葉核球	Seg	% 27.0~72.0
	リンパ球	Ly 2.8	% 20.0~51.0
	単球	MO 5.4	% 2.0~12.0

採血結果の解説

血算にて、白血球数の上昇はありません

血液生化学検査では、血糖が119と軽度上昇

CRPの軽度上昇がありました。

後日、院内HbA1Cを調べましたが4.9%で正常で糖尿病は

ありませんでした

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
総蛋白		TP 7.5	g/dL 6.7~8.3
24ブミン		Alb 5.0	g/dL 3.8~5.3
尿素窒素	UN L	6	mg/dL 8~22
クレアチニン	CRE	0.53	mg/dL M 0.61~1.04 F 0.47~0.79
eGFRcreat	eGFR		mL/min
尿酸	UA	4.5	mg/dL M 3.7~7.0 F 2.5~7.0
総コレステロール	T-Cho		mg/dL 130~219
LDLコレステロール	LDL-C	126	mg/dL 70~139
HDLコレステロール	HDL-C	51	mg/dL M 40~86 F 40~96
中性脂肪	TG	47	mg/dL 35~149
総ビリルビン	TBil	0.7	mg/dL 0.2~1.1
直接ビリルビン	DBil		mg/dL 0.4以下
AST(GOT)	AST	13	U/L 10~40
ALT(GPT)	ALT	9	U/L 5~45
ALP_IFCC	ALP H	187	U/L 38~113
LAP	LAP		U/L 30~70
LD_IFCC	LD	203	U/L 115~245
コリンエステラーゼ	CHE	296	U/L M 235~494 F 196~452
γ-GT	γ-GT	15	U/L M 75以下 F 45以下
CK	CK	75	U/L M 50~250 F 45~210
アミラーゼ	AMY L	33	U/L 37~125
ナトリウム(Na)	Na	140	mEq/L 135~147
カリウム(K)	K L	3.5	mEq/L 3.6~5.0
クロール(Cl)	Cl	103	mEq/L 98~108
カルシウム(Ca)	Ca		mg/dL 8.6~10.1
マグネシウム(Mg)	Mg		mg/dL 1.8~2.6
リン(P)	P		mg/dL 2.5~4.6
鉄(Fe)	Fe		μg/dL M 45~200 F 40~170
TIBC	TIBC		μg/dL M 245~385 F 265~430
UIBC	UIBC		μg/dL M 110~300 F 135~350
血糖	Glu H	119	mg/dL (空腹時)70~109
HbA1C	A1C		% 4.6~6.2
CRP定量	CRP H	0.41	mg/dL 0.30以下
RF定量	RF		IU/mL 15以下

採取日 25年 4月24日

便秘が原因と考えられる発熱、頭痛、および食欲低下が認められたため、グリセリン浣腸（60mL）を施行し、排便を促しました。処置後は排便が確認され、症状の改善が認められています。。

【注意】脱水や心疾患のある患者では、浣腸施行により循環動態に影響を及ぼす可能性があるため、全身状態の変化に十分留意し、慎重に対応する必要があります。

酸化マグネシウム錠 250mg ... 3 錠

アセトアミノフェン錠 200mg ... 6 錠

メトクロプラミド錠 5mg ... 3 錠

酪酸菌配合剤 OD 錠... 6 錠

分 3 毎食後 7 日分

頓服

ピコスルファートナトリウム内用液 ... 10ml

便秘時 10 滴 1 日 2 回まで可

マクロゴール 4000・塩化ナトリウム・炭酸水素ナトリウム・塩化カリウム散 ... 2 包

分 1 夕食後 7 日分

ロラタジン錠 10mg ... 1 錠

分 1 朝食後 7 日分

フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液 25 μ g 56 噴霧用 ... 1 本

1 日 2 回 (1 回 2 噴霧)

便秘を解消しよう

「何日も便が出ない」「お腹が張る」「排便時に痛みがある」など、排便に苦痛や不快感がともなう状態は「便秘」とされます。

【便秘の種類】

弛緩性便秘

腸の動きが鈍く、腸内に便が長時間とどまることで水分が吸収され、硬く出にくい便になります。運動不足や加齢が原因に。

けいれん性便秘

ストレスや自律神経の乱れで腸がけいれんし、便がうまく運ばれないタイプ。うさぎのフンのようなコロコロ便が特徴。

直腸性便秘

便意を我慢し続けることで、便が直腸まで下がってきても感覚が鈍くなり、排便が起こらなくなる。

【便秘解消のポイント】

① 食物繊維をしっかり補給

・水に溶ける食物繊維（果物・海藻など）と、水に溶けにくい食物繊維（野菜・きのこ・豆類など）をバランスよく摂取。

・不溶性：便のかさを増やし、腸の運動を促す。

・水溶性：便を柔らかくする。

→ 弛緩性便秘の方におすすめ！

② 乳酸菌やビフィズス菌で腸内環境を整える

・ヨーグルトや発酵食品を摂ることで、腸内の善玉菌を増やす。

→ けいれん性便秘の方におすすめ！

③ 鉄を減らそう

・便秘やお腹の張り、吐き気を感じる場合は、鉄の摂取量の見直しを。特にサプリメントや栄養ドリンク、鉄剤使用中の人は注意。

④ 食事をきちんと食べよう

・欠食せず、規則正しく3食食べることで腸の動きが促される。

⑤ 水分はこまめにしっかりと補給

・水分不足は便を硬くする原因に。目安として1日1.5～2L程度。

・起床時や食前後、入浴後などにこまめに水を飲む。

※ アルコール、カフェイン入り飲料（お茶、紅茶など）は利尿作用があり、水分補給には不向き。

⑥ 規則正しい生活習慣を心がけよう

・決まった時間に食事や排便を行う習慣をつける。

・適度な運動も腸のマッサージ効果あり。

便秘症の主な治療薬一覧

区分	種類	働きの仕組み	一般名（成分）	商品名 （例）
従来薬	刺激性下剤	大腸を刺激し、蠕動運動を促す	センナ、ダイオウなど	プルゼニドなど
			酸化マグネシウムなど	マグラックスなど
慢性便秘症向け新薬	浸透圧性下剤	浸透圧で便に水分を引き込む	マクロゴール（PEG 製剤）	モビコール ラグノスゼリー
			ラクツロース（糖類下剤）	
	上皮機能変容薬	小腸の水分分泌を増やし、便を柔らかくする	ルビプロストン リナクロチド	アミティーザ リンゼス
	IBAT 阻害薬	胆汁酸を増やして便通を促す	エロピキシバット	グーフィス

浣腸後、排便があり本人がお腹の調子もよくなり帰宅

医師の考え

発熱の原因としては、「管腔臓器（チューブ状の臓器）」からの感染が多く、特に消化器系由来が頻度として高いと考えられます。鑑別すべき主な疾患としては、以下が挙げられます：

- ・消化器系疾患（感染性胃腸炎・便秘など）
- ・呼吸器感染症（上気道炎、肺炎など）
- ・尿路感染症
- ・肝胆道系の感染症（胆嚢炎、胆管炎など）

その他

- ・膠原病
- ・リウマチ性疾患
- ・悪性腫瘍

これらを念頭に、全身状態や随伴症状、各種検査結果をもとに総合的に診断を進める必要があります。

具体的には、胸部・腹部のレントゲン撮影を必要に応じて実施し、肺炎や消化管の異常を確認します。また、尿検査や血液検査、炎症マーカーの測定も行い、感染症や膠原病の可能性を検討します。加えて、症状や初期検査の結果に応じて、腹部超音波検査やCT検査を必要に応じて追加し、肝胆道系や消化管の詳細な評価を行います。これらの検査結果を踏まえ、適切な抗菌薬投与や対症療法を開始します。

症例〇〇 【年齢 82 歳】 【女性】 【症例】 【高血圧】

処方箋 (2025.5.17)

①沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム配合錠 ... 2 錠

クリニックではデノスマブ皮下注 60mg を 6 か月に 1 回施行

②サクビトリルバルサルタンナトリウム錠 100mg ... 1 錠

③エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

④ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠 ... 1 錠

⑤アジルサルタン錠 20mg ... 1 錠

⑥アムロジピン 5mg/アトルバスタチン 5mg 配合錠 ... 1 錠

⑦バイアスピリン 100mg/ランソプラゾール 15mg 配合錠 ... 1 錠

分 1 朝食後

⑧ジソピラミドリン酸塩錠 150mg ... 2 錠

⑨ミロガバリンベシル酸塩錠 5mg ... 2 錠

分 2 朝・夕食後

⑩ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 ... 2.5g

分 1 寝る前

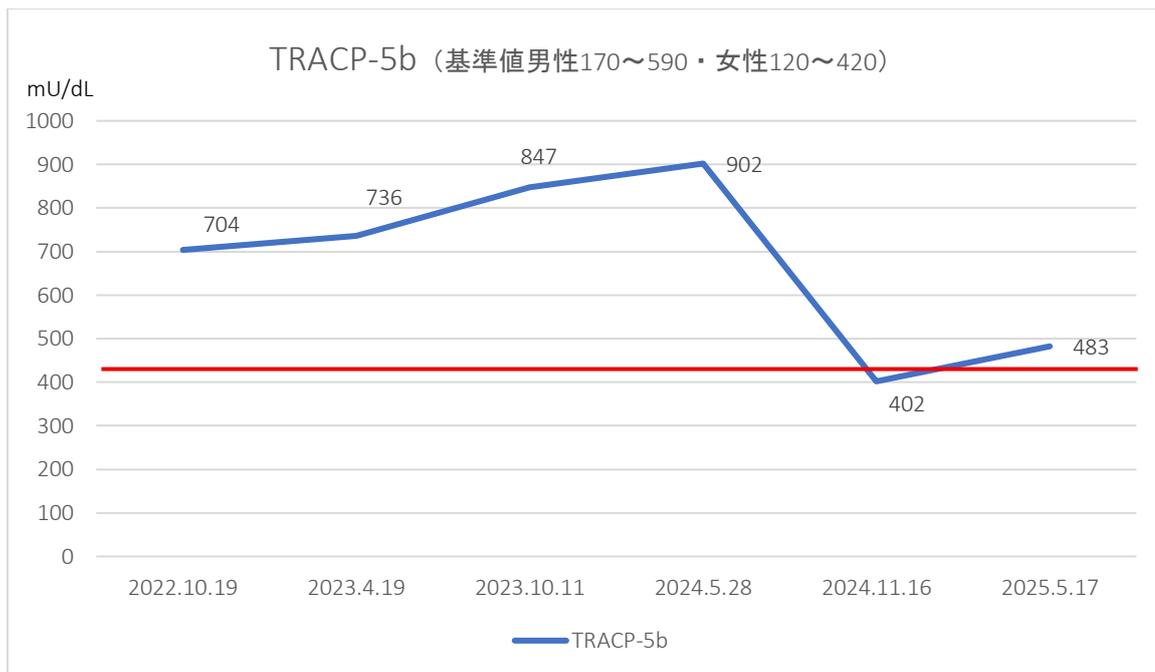
⑪フルルビプロフェンテープ 40mg ... 63 枚

1日1～2回 両膝に貼付

⑫フェルビナクスチック軟膏 3% ... 40g

1日数回 腰に塗布

①沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム配合錠について



2022.10.19 から 2024.5.27 までリセドロン錠 75mg + ラロキシフェン塩酸塩錠 60mg + エルデカルシールカプセル 0.75 μ g を処方していましたが、TRACP-5b が徐々に上昇し 2024.5.28 時点で 902 と高値を示したため、デノスマブ皮下注 60mg(6 か月に 1 回) + 沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム配合錠 2 錠/日の内服に切り替えたところ、TRACP-5b は 2024.11.16 には 402 に低下した

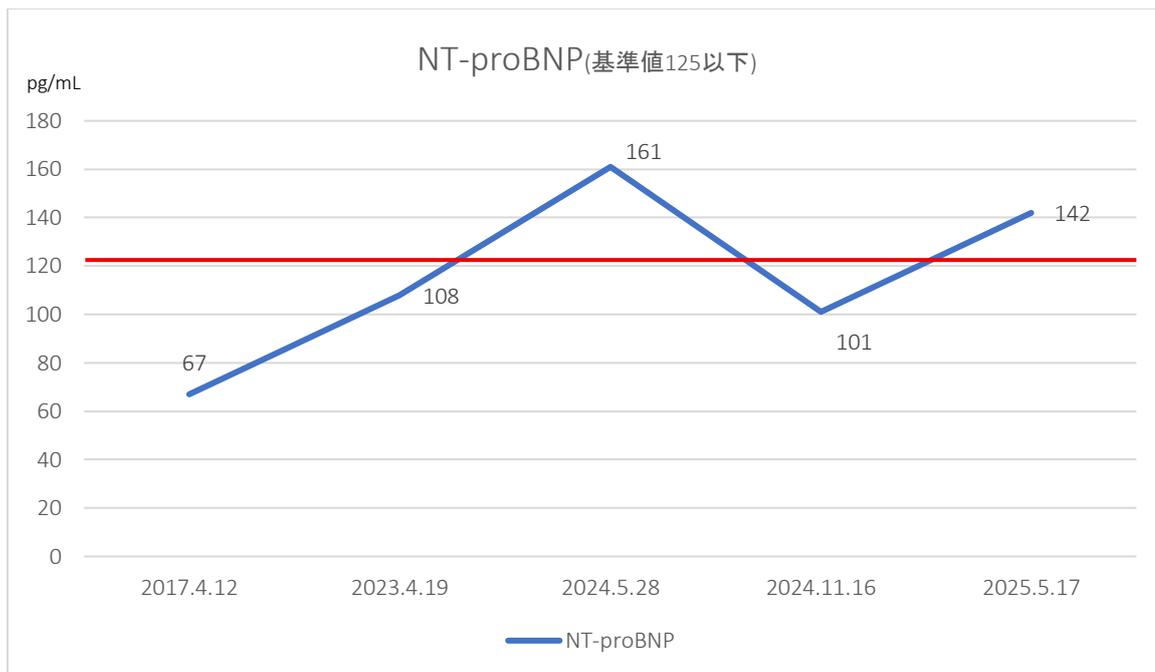
骨粗鬆症が進行すると、転倒による骨折のリスクが高まり、全身麻酔下での手術が必要となる場合があります。これにより、患者さんの QOL（生活の質）の低下や認知機能の悪化リスクが高まることも懸念されます。

治療方針としては、まずビタミン D 製剤の投与を行い、女性には SERM（選択的エストロゲン受容体モジュレーター）の併用を検討します。それでも骨代謝マーカーや骨密度の改善が不十分な場合は、ビスホスホネート製剤の追加が必要です。

これら 3 剤による治療でも効果が得られない場合には、デノスマブ皮下注 60mg（6 か月に 1 回）に加え、沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム配合錠を 1 日 2 錠内服する治療が推奨されます。

また、日常生活においては、牛乳、ヨーグルト、小魚などカルシウムを多く含む食品を積極的に摂取することも重要です。

②サクビトリルバルサルタンナトリウム錠について



NT-proBNP は 2024.5.28 に軽度上昇したため、定時でエンバグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠に加えて、サクビトリルバルサルタンナトリウム錠 100mg を追加して処方した。

2024.11.16 には、101 と数値が正常範囲に低下した。

心不全の治療として、ファンタスティック 4 の SGLT2i、ARNI、MRA、 β -blocker が有名です。

この症例では、糖尿病があり SGLT2i は処方されており、ARNI（サクビトリルバルサルタンナトリウム錠 100mg）を加えた。

なぜ 4 剤併用が重要なのか——

近年、日本において心不全は悪性新生物（がん）に次いで死亡原因の上位に位置しており、心不全による死亡数は年々増加しています。

心不全の怖さは、「見えにくさ」と「繰り返し」にあります。

初期には息切れやむくみといった、一見ありふれた症状から始まるため、見過ごされがちです。しかし、病気が進行すると心臓の機能が徐々に低下し、日常生活に支障をきたすだけでなく、命に関わる重大な状態に至ることもあります。

こうした心不全の悪循環を断ち切るために、近年注目されているのが**「ファンタスティック 4」と呼ばれる 4 剤併用療法**です。

それぞれの薬剤は異なる作用機序を持ち、心不全に対して多角的にアプローチします。

単剤では限界があるものの、4 剤を併用することで死亡や入院のリスクを 50%以上低下させる可能性があるとされており、科学的にも効果が証明されています。

このことから、治療の遅延を避け、4 剤を適切なタイミングで速やかに導入することが推奨されます。

心不全治療は、単に症状を抑えるだけではありません。

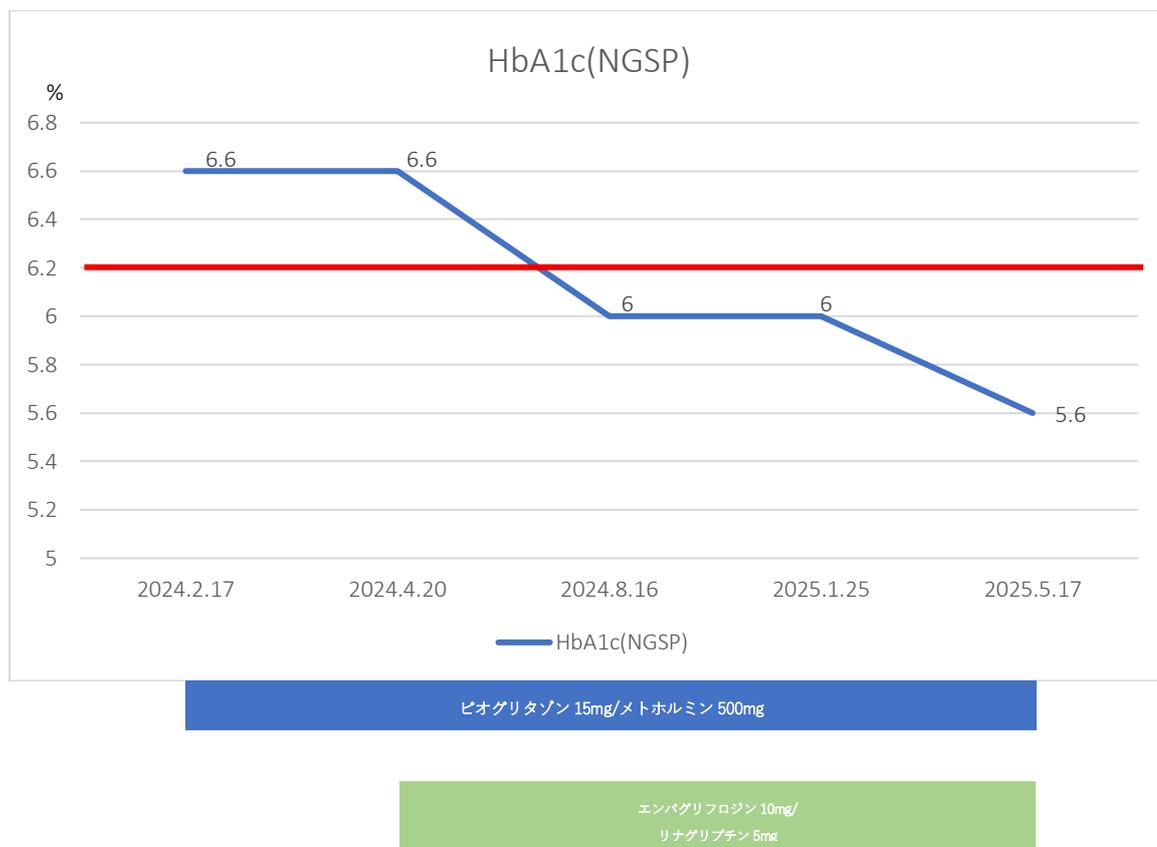
患者さんの命を守り、生活の質（QOL）を維持するための、長期的で戦略的な治療です。

その中核をなすのが、「ファンタスティック 4」という最も強力な武器です。

NT-proBNP が上昇し、心臓の負担を示す値が高くなってきた場合には、血液中の電解質バランスを確認しながら、必要に応じて**心臓の働きを助けるお薬（MRA や β -blocker）**の使用を検討していきます。

体調や検査結果を総合的に評価し、無理のないよう治療を進めていきますので、ご安心ください。

③エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠 ④ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠について

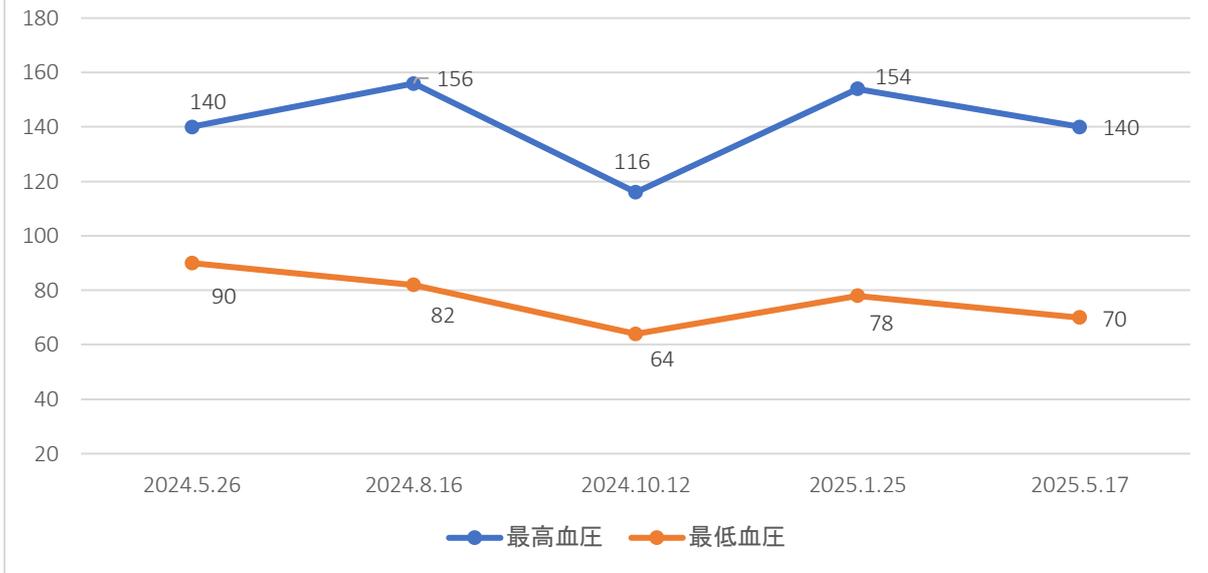


2024年2月17日より、ピオグリタゾン 15mg/メトホルミン 500mg 配合錠を処方開始。

その後、血糖コントロールの改善を目的に、2024年4月20日には同配合錠に加えて、エンパグリフロジン 10mg/リナグリプチン 5mg 配合錠を追加処方しました。

2024年8月16日時点で HbA1c は 6.0 と良好であり、現在は同処方にて経過観察中です。

血圧推移



アジルサルタン錠 20mg

アムロジピン 5mg/アトルバスタチン 5mg

サクビトリルバルサルタン Na 水和物 100mg

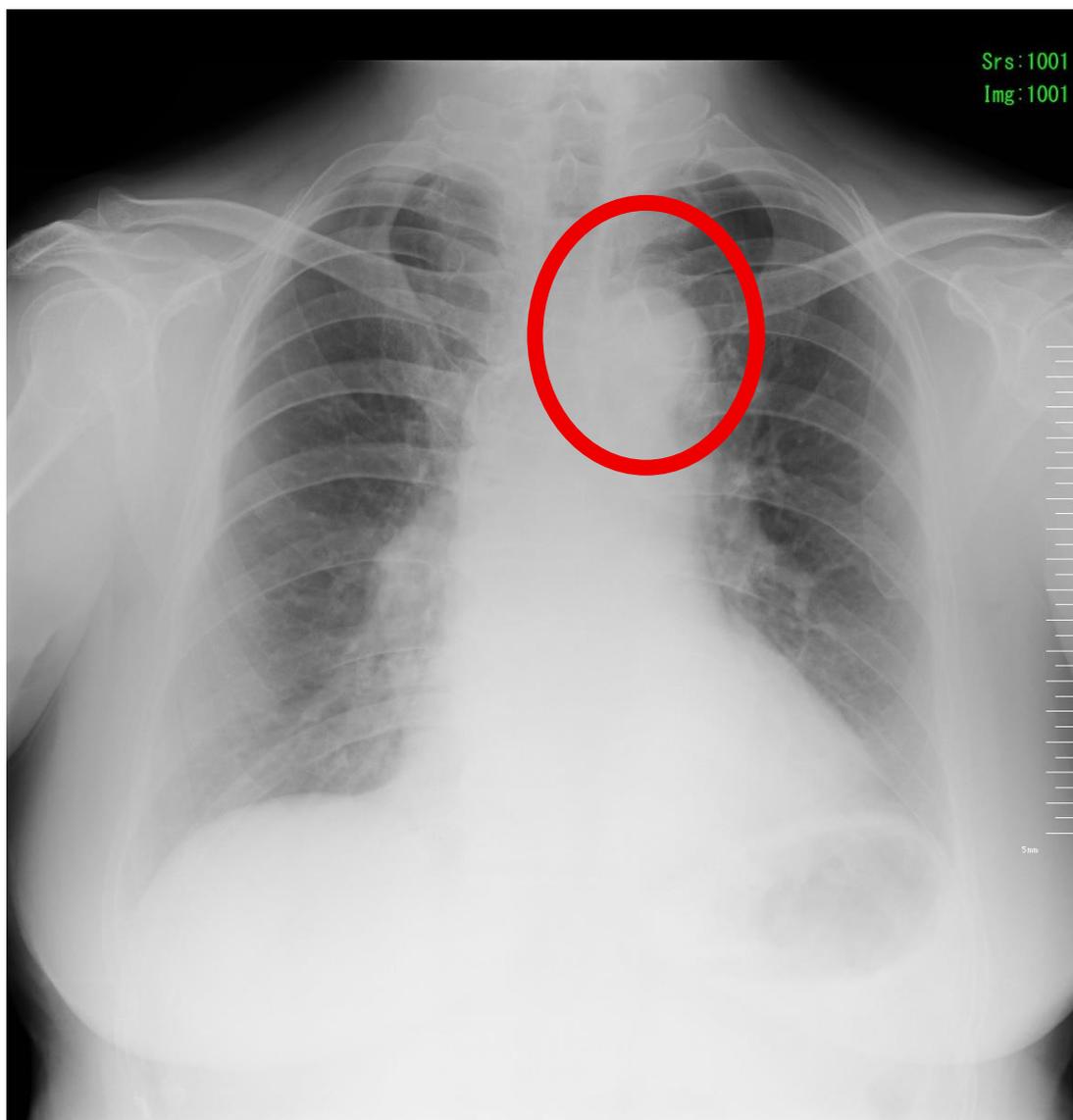
アジルサルタン錠およびアムロジピンにて経過観察を行っていましたが、2024年8月16日に収縮期血圧が156mmHgとやや上昇したため、サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物を追加しました。その後は血圧も比較的安定した経過を示しています。

なお、サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物は、ネプリライシン阻害薬のサクビトリルとARBであるバルサルタンの合剤であり、慢性心不全や高血圧に対して有効性が報告されています。

アスピリン腸溶錠 + ランソプラゾール口腔内崩壊錠の処方について

アスピリン腸溶錠 100mg + ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg ... 1錠

分 1 朝食後



【アスピリン・ランソプラゾール投与の経緯と動脈硬化に関する解説】

2014年9月11日に施行された胸部X線検査において、大動脈に石灰化像が認められました。これは**動脈硬化**の一徴候であり、血管壁が厚くなったり硬くなったりすることで、血流が妨げられる状態を示唆しています。

本患者さんは、以下のような**動脈硬化の進展リスク**を複数有しています：

- 高 LDL コレステロール血症
- 高血圧症
- 糖尿病

これらはすべて、動脈硬化の進行を早め、**脳梗塞**や**心筋梗塞**などの重篤な心血管イベントの発症リスクを高めることが知られています。

【治療の目的と内容】

動脈硬化の進行に伴う血栓形成による脳梗塞・心筋梗塞の予防を目的に、以下の薬剤を開始しました：

- **アスピリン腸溶錠 100mg（抗血小板薬）**
→ 血小板の凝集を抑制することで血栓形成を防ぎます。
- **ランソプラゾール口腔内崩壊錠 15mg（プロトンポンプ阻害薬）**
→ アスピリンによる胃腸障害（胃潰瘍や出血）のリスクを軽減するために併用します。

【動脈硬化とは】

動脈硬化とは、血管の内壁に脂質やコレステロールが蓄積し、次第に血管が硬く・狭くなる病態です。これにより血液の流れが悪くなり、臓器への酸素や栄養の供給が不十分になることで、様々な臓器障害を引き起こします。

特に以下のような疾患の原因となります：

- **脳梗塞**（脳の血管が詰まる）
- **心筋梗塞**（冠動脈の閉塞）
- **末梢動脈疾患**（下肢の血流障害）
- **腎機能障害**

【まとめ】

今回の胸部 X 線での所見、および併存する複数のリスク因子を踏まえ、脳・心血管イベントの予防のために抗血小板療法（アスピリン）を導入しました。今後も定期的な血圧・脂質・血糖管理が重要です。

QRS 幅：0.095 秒（正常範囲内）

QTc（Bazett 補正）：0.471/0.434 秒（やや延長気味）

・軸：+12 度（正常範囲内）

・ST-T 所見：

下壁虚血の疑い（733）：II、III、aVF 誘導に T 波の低下あり → 下壁虚血を示唆

波形から読み取れる所見

・V1～V3 において R 波増高がやや緩徐

・II、III、aVF での T 波平坦化／陰転：虚血変化の可能性

・PVC と PAC が散発しており、心筋の過興奮性を示唆

・明らかな ST 上昇／完全ブロックは認められない

ミロガバリン ベシル酸塩の処方について

ミロガバリンベシル酸塩 5mg ... 2錠

分2 朝後・夕食後

足の痛みが認められるため、神経障害性疼痛の緩和を目的として、投与した。

ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒の処方について

ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 2.5g ... 1包

分1 寝る前

ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒を、下肢の痙攣性疼痛（足のこむら返り）の緩和を目的として処方した。

症例〇〇 【81歳】 【女性】 【心不全・逆流性食道炎・高血圧・高脂血症・動脈硬化症】

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

8699

後期

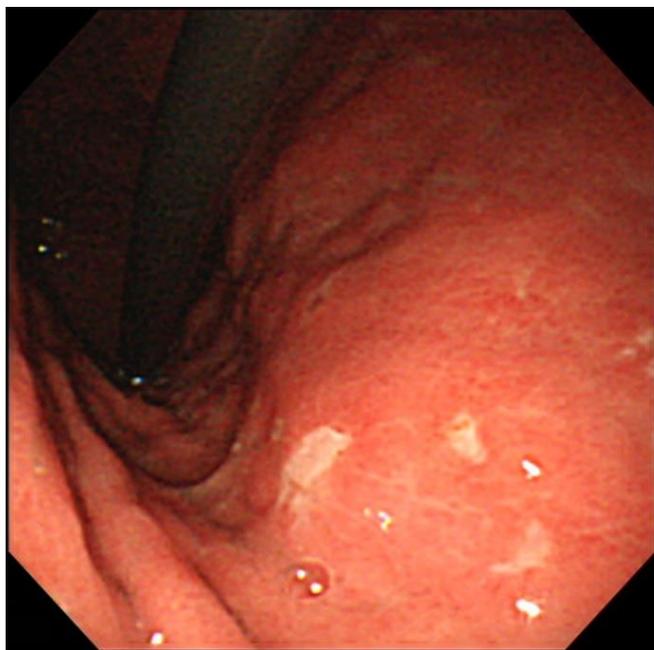
本人

1割

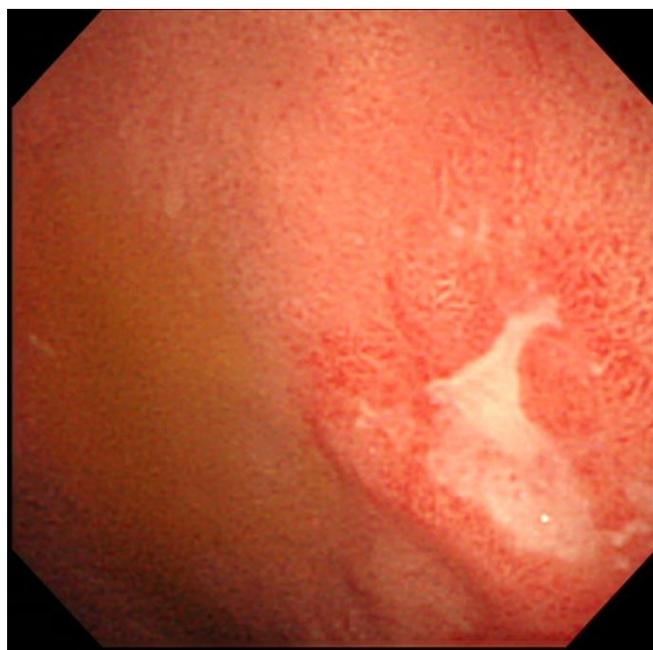
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患 者 氏名	様		
生年月日	昭和 18年 月 日 81歳	男	<input checked="" type="checkbox"/> 女
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	被扶養者	
文付年月日	令和 7年 7月 28日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
変更不可 (患者希望)	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記号・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。		
処 方	1 【般】ラベプラゾールN a錠10mg 1錠 ジャディアンス錠10mg 1錠 【般】スピロノラクトン錠25mg 1錠 【般】バルサルタン・アムロジピン配合錠 1錠 【般】アトルバスタチン錠5mg 1錠 ベタニス錠50mg 1錠 【般】シロスタゾール口腔内崩壊錠100mg 1錠 分1 朝食後 30日分 2 ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用） 7.5g 分3 毎食前または食間 頻尿で処方 30日分 3 【般】ロラゼパム錠1mg 3錠 分3 毎食後 30日分 4 デエビゴ錠10mg 1錠 分1 寝る前 30日分 5 【般】デュロキセチンカプセル20mg 1cap 分1 朝食後 気持ちを安定させる 30日分 6 【般】トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1% 10g 1日数回 患部に塗布 1調剤 **以下、余白** —リフィル可— <input type="checkbox"/> —（一回）—		
備 考	保険医署名 (変更不可) 欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記号・押印すること。 高9 麻薬施用者免許証 第 号 患者住所 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 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。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（年 月 日） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（年 月 日） <input type="checkbox"/> 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	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号	

処方：ラベプラゾール Na 錠 10mg の解説

2011/3/23



多発性胃潰瘍

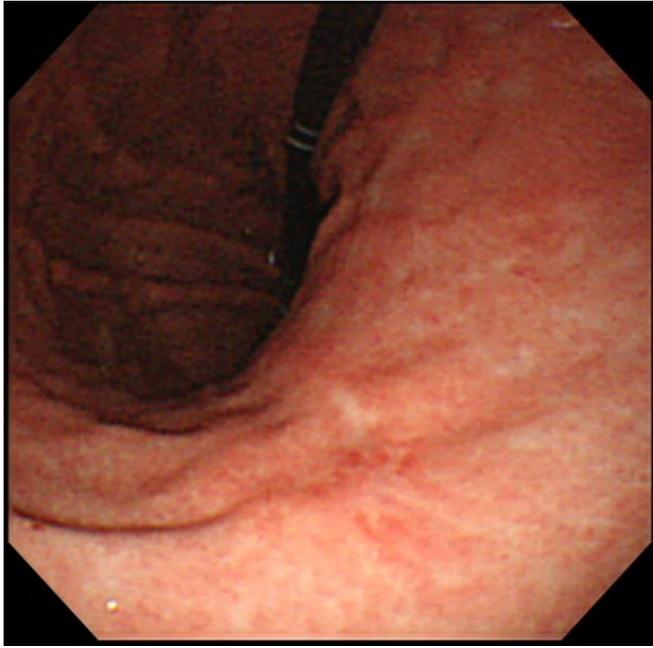


十二指腸潰瘍

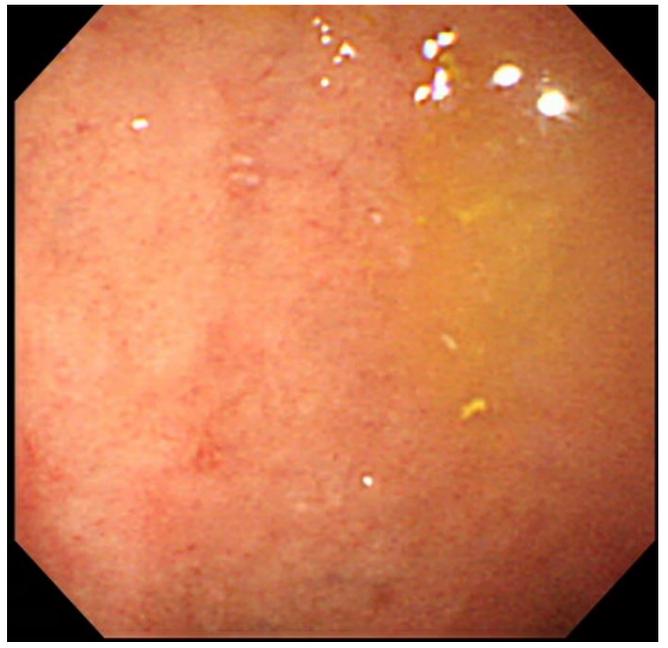
多発性胃潰瘍について

2011年3月23日の内視鏡検査にて、体下部小弯を中心に A1 ステージの多発性胃潰瘍を、また十二指腸球部に A2 ステージの十二指腸潰瘍を認めた。なお、ピロリ菌は陰性であった。治療としては、PPI のランソプラゾール 30mg を使用した。

2011/6/21 処方後の内視鏡再検



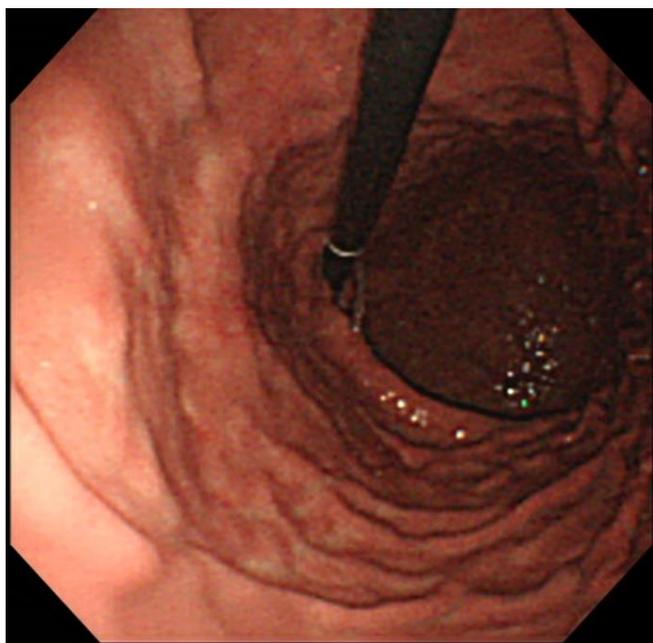
胃所見



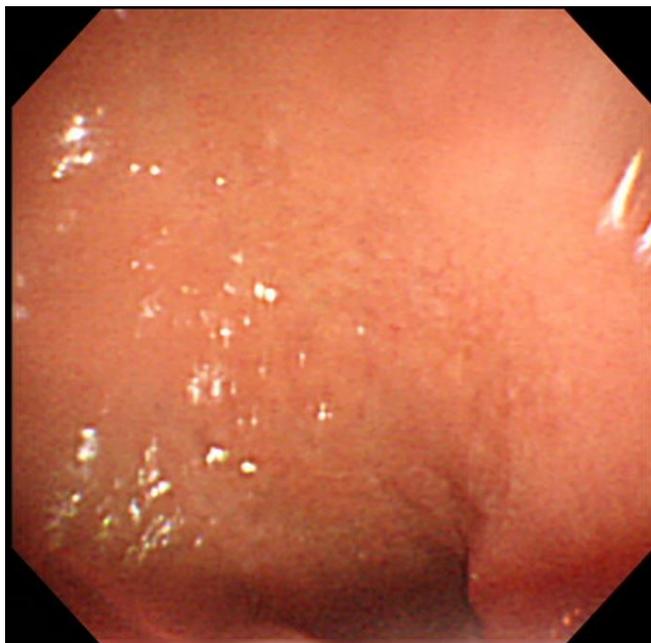
十二指腸所見

上記の通り、胃潰瘍は H ステージ、十二指腸潰瘍は H ステージから S ステージへと移行し、いずれも改善傾向が認められた。治療薬としては、パリエット 10mg を継続処方とした。

2012/5/31



胃所見



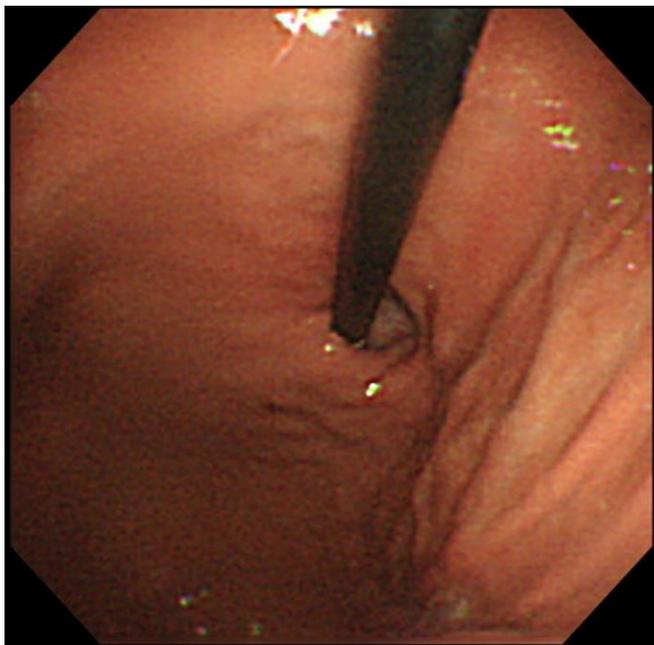
十二指腸所見

2012年5月31日の内視鏡検査では、さらに改善が認められ、胃・十二指腸ともにSステージへと移行していた。

その後、症状が落ち着いたため患者様の来院は無く投薬のない状態が続いた。

2016/7/15 膀胱炎での再来院時、自覚症状で舌が荒れて食不振の状態となり胃カメラ再検。

胃潰瘍・十二指腸潰瘍の所見は安定した状態だったが、食道裂孔ヘルニアが認められ胃液が胃から食道に逆流する可能性が示された。



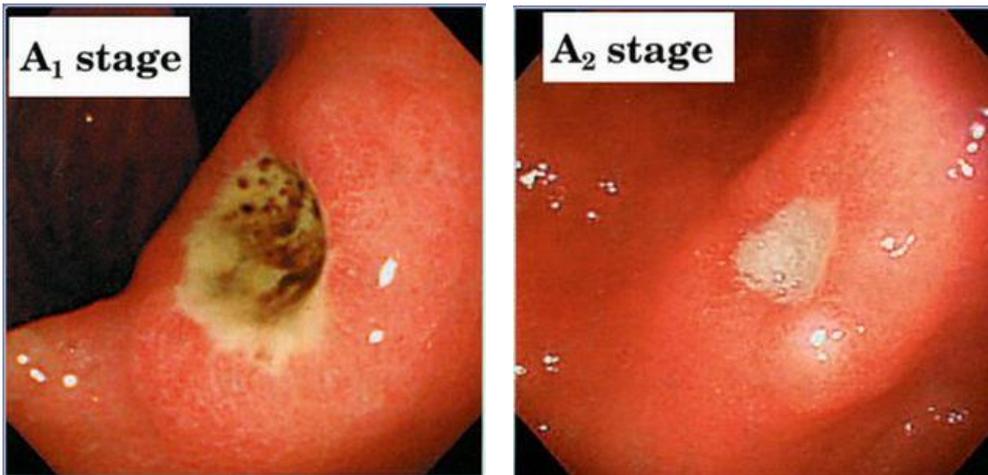
よって、中止していた PPI（ラベプラゾール 10mg）を再開して逆流性食道炎が起こらないよう治療した

胃潰瘍のステージ分類

胃潰瘍のステージは、主に以下の3つに分類されます

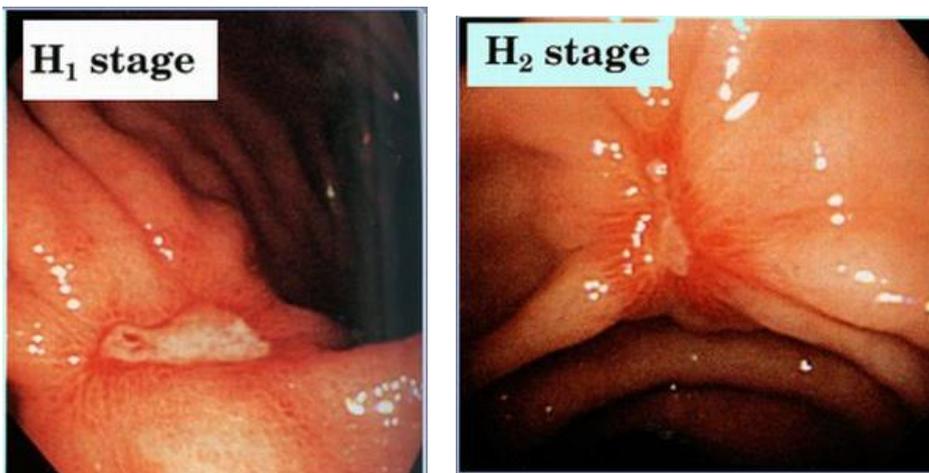
1.活動期 (active stage) :

潰瘍が活発に活動している状態。出血や浮腫が見られ、痛みが強い場合があります。



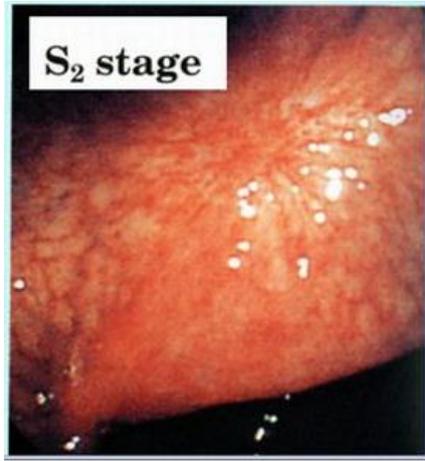
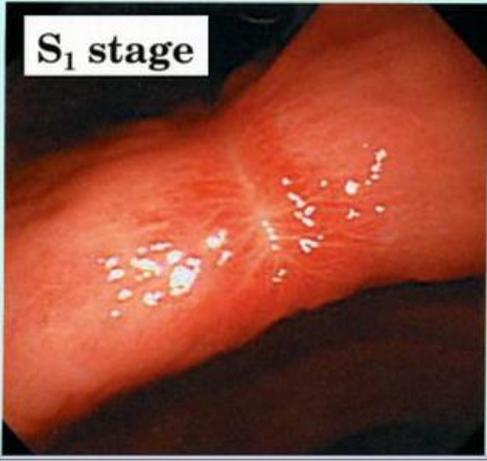
2.治癒過程期 (healing state) :

潰瘍が治癒に向かっている段階。潰瘍の周囲が修復され、再生上皮が見られるようになります。



3.瘢痕期 (scarring stage) :

潰瘍が完全に治癒し、瘢痕（傷跡）が残っている状態。



治癒過程期の詳細

治癒過程期はさらに細かく分類され、H1、H2 といったステージに分けられます。H1 は治癒の初期段階で、潰瘍の縁が盛り上がり、再生上皮が見られる状態です。H2 は、H1 よりもさらに治癒が進んだ状態で、再生上皮がより広範囲に見られます。

※引用元：ホームページ「こどもの病気・おとなの病気」より

(<http://blog.livedoor.jp/nagasawanorio60/archives/1657950.html>)

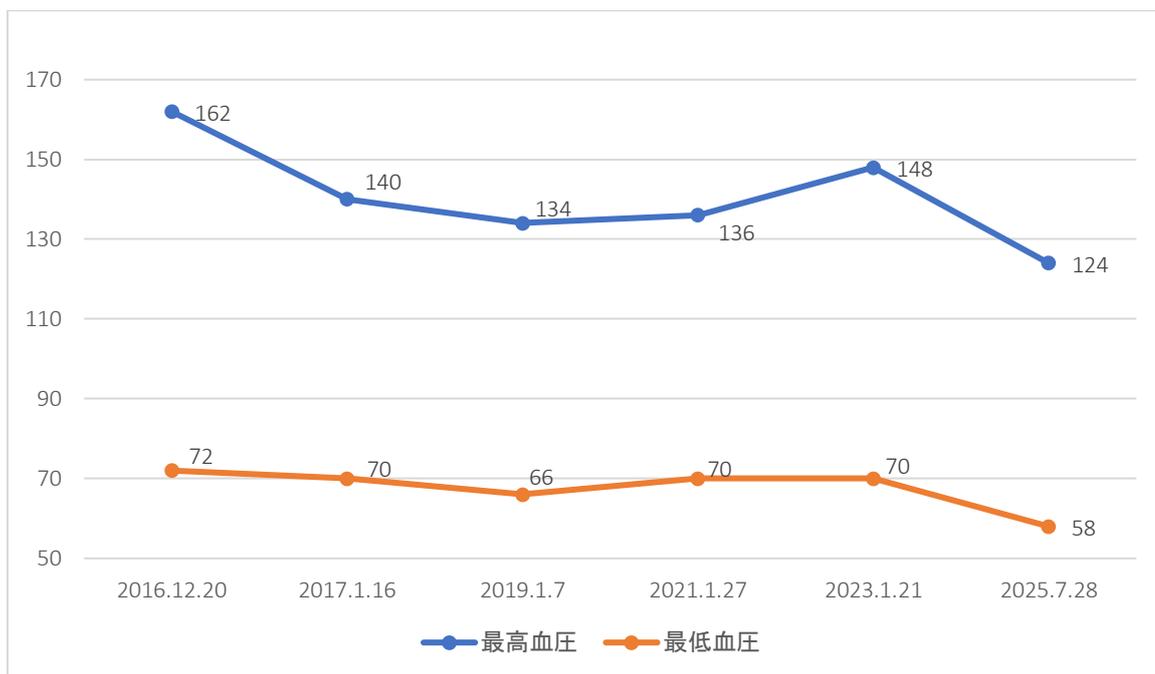
処方：ジャディアンス錠 10mg の解説

慢性心不全に対して、処方した。

処方：スピロラクトン錠 25mg の解説

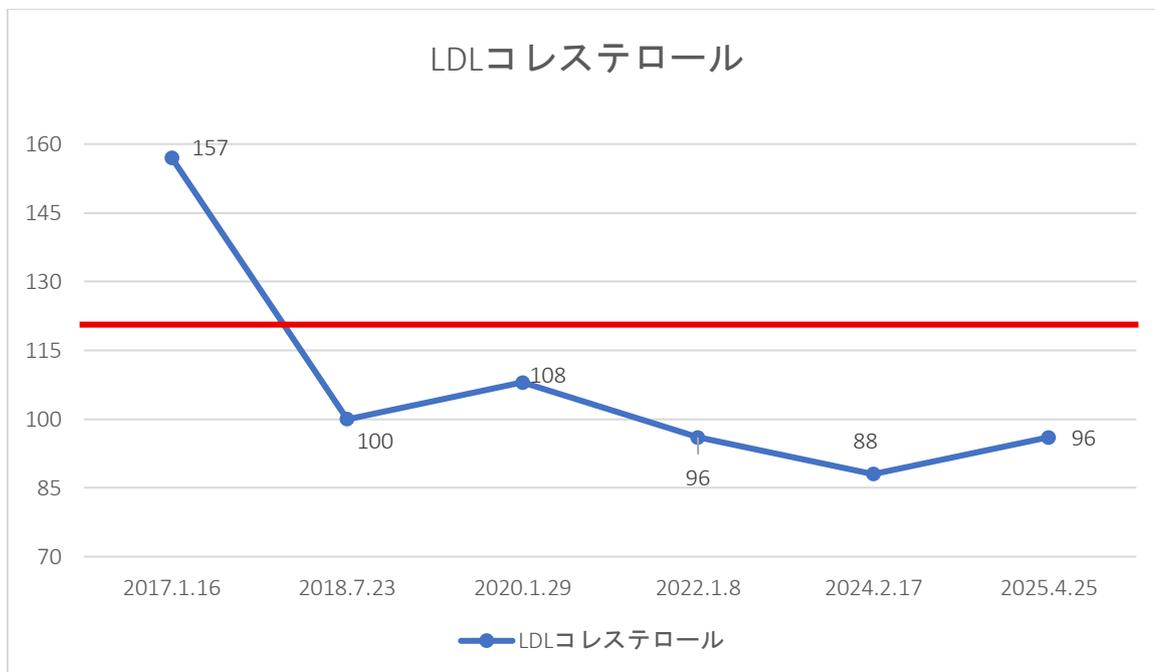
下肢の浮腫みに対して、処方した。

処方：バルサルタン・アムロジピン配合錠の解説



バルサルタン・アムロジピン配合錠投与開始時（2016.12.20）の血圧は 162/72 mmHg であったが、治療の経過とともに血圧は改善し、最終的（2025.7.28）には 124/58 mmHg と良好にコントロールされた。

高血圧の定義・お薬の種類など補足は QR コードより



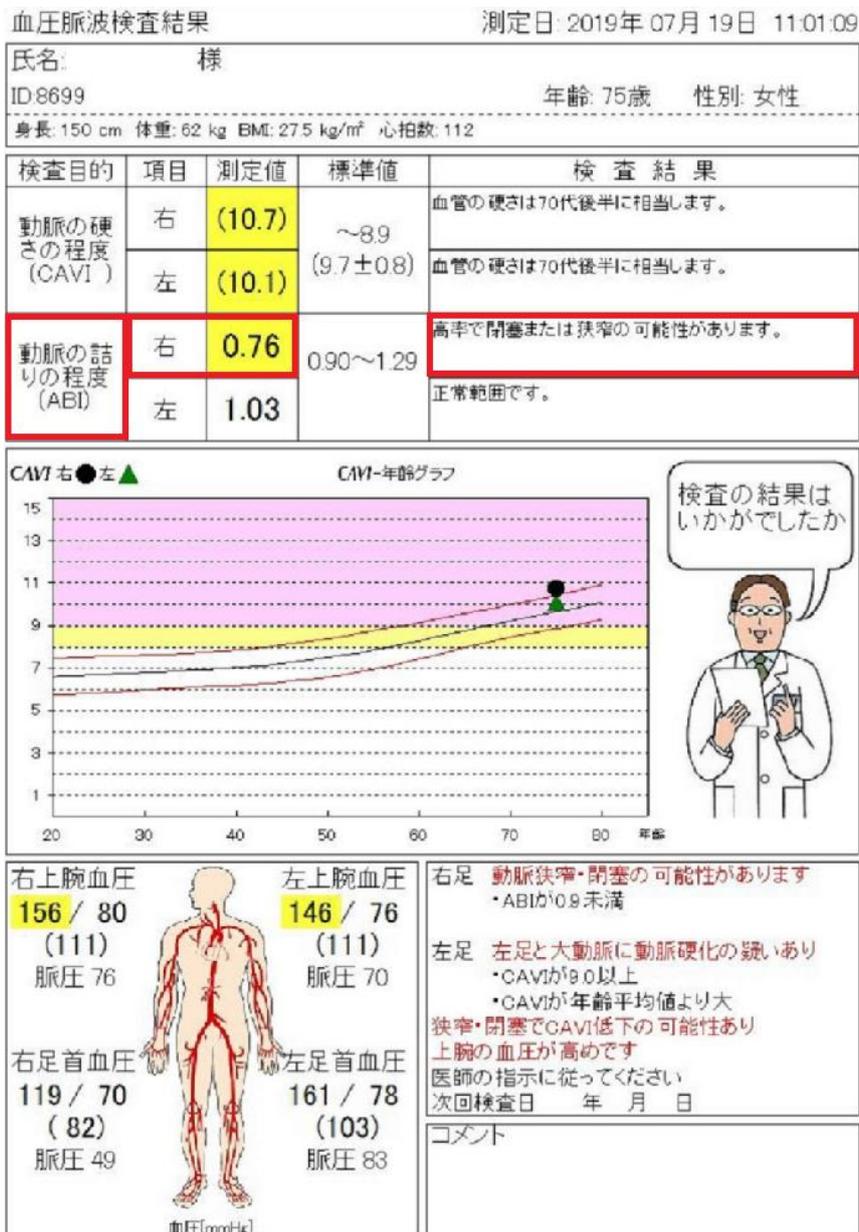
2017.1.16 LDL コレストロールが 157 だったが、アトルバスタチン錠 5mm の投与により 96 の状態となり落ち着いている



http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/LDL_cholesterol/LDL_cholesterol1.htm

処方：シロスタゾール錠の解説

ABI 低下を認めたため、初期治療としてイコサペント酸エチルを処方した。しかし、服用後に口内の不快感が出現したことから、イコサペント酸エチルを中止し、シロスタゾールへ切り替えて処方した。





http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/arteriosclerosis/abi_image_1.png

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

16665

後期

本人

2割

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	氏名	様			保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	昭和 17年	月	日	82歳	男	<input checked="" type="checkbox"/>	電話番号					
者	区分	(被保険者)	被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード				

交付年月日 令和 7年 7月 16日 処方箋の使用期限 令和 年 月 日 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

処 方	変更不可 (印)	患者希望	<p>種々の処方箋について、医療上の必要性があるため、医薬品(ジェネリック医薬品)への変更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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</p>	
	1	【般】ラベプラゾールNa錠10mg	1錠	
		【般】アスピリン腸溶錠100mg	1錠	
		【般】ピタバスタチンCa錠2mg	1錠	
		【般】ラロキシフェン塩酸塩錠60mg	1錠	
		メタクト配合錠HD	1錠	
		トラディアン配合錠BP	1錠	
		分1 朝食後 ※院内HbA1c5.9		35日分
		2 ツイミグ錠500mg	2錠	
		分2 朝・夕食後		35日分
		3 【般】セチリジン塩酸塩錠10mg	2錠	
		分2 朝・夕食後 アレルギー反応をとる		35日分
		4 【般】アンブロキシオール塩酸塩徐放錠45mg	1錠	
		分1 夕食後 アレルギーからくる咳痰		35日分
		5 【般】テオフィリン徐放錠100mg (12~24時間持続)	1錠	
		分1 寝る前		35日分
		以下、余白		

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。 高 8 (印)

麻薬施用者免許証 第 号

患者住所 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。)

保険医療機関へ照会照会した上で調剤 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)

調剤済年月日 令和 年 月 日 公費負担者番号

保険薬局の所在地及び名称 公費負担医療の受給者番号 (印)

高血圧 QR サンプル



<http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Hypertension/kouketuatu.htm>



<http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Hypertension/kouketuatu2.htm>



<http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Hypertension/kouketuatu3.htm>

症例〇〇 【67歳】 【男性】 【心房細動・心不全・糖尿病・脂質異常症・胃食道逆流症・尿管結石】

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

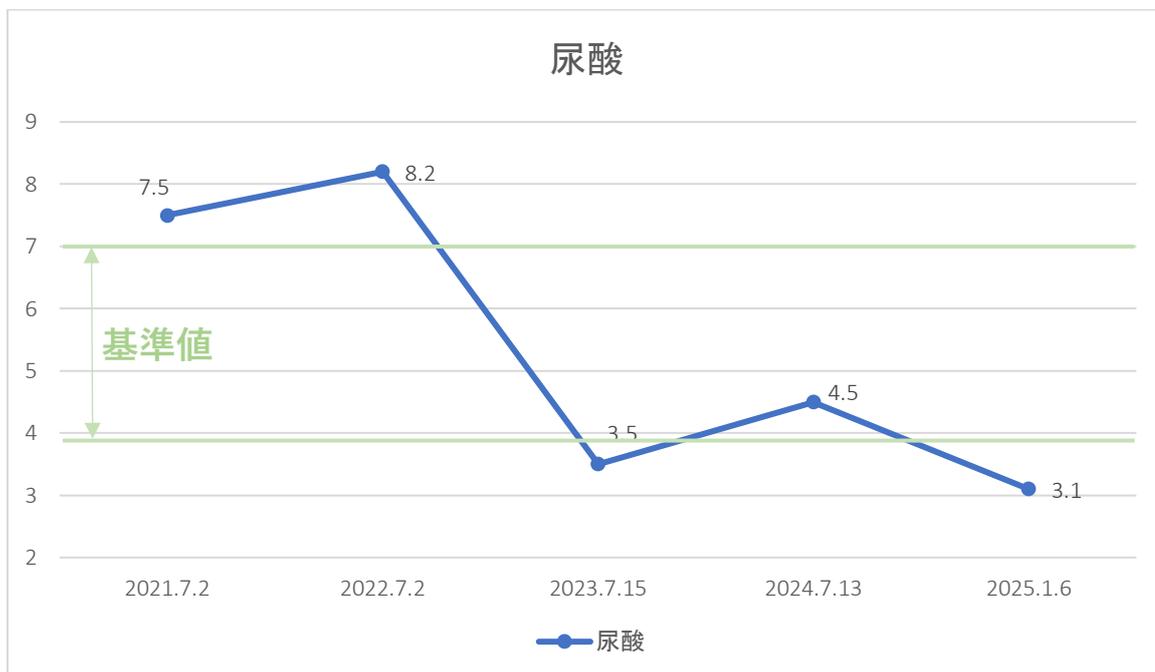
6416

給

札

3割

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	
患者氏名	様		
生年月日	昭和 32年 11月 29日 67歳	性別	男 女
区分	被保険者	被扶養者	
交付年月日	令和 7年 9月 22日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
処方	<p>1 【般】ベンズプロマロン錠25mg 1錠 【般】カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠 1錠 【般】ピソプロロールフマル酸塩錠5mg 1錠 【般】エゼチミブ錠10mg 1錠 トラディアン配合錠A P 1錠 【般】ピオグリタゾン錠15mg 1錠 【般】エソメプラゾールカプセル20mg 1cap 【般】リバーロキサバン錠15mg 1錠 分1 朝食後 ※院内HbA1c5.9 30日分</p> <p>2 ウロカルン錠225mg 6錠 分3 毎食後 30日分</p> <p>3 ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用) 5g 分2 朝食後2H・夕食後2H 30日分</p> <p>4 【般】酸化マグネシウム錠250mg 3錠 【般】ジメチコン錠80mg 3錠 ビオスリー配合OD錠 6錠 分3 毎食後 30日分</p> <p>5 グーフィス錠5mg 2錠 夕食前 分1 30日分</p> <p>**以下、余白**</p>		
備	保険医署名 (実印) (印) 麻薬施用者免許証 第 号 患者住所 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「X」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ証書照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		
考	調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「X」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。) <input type="checkbox"/> 1日目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2日目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3日目調剤日 (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	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名	(印)		

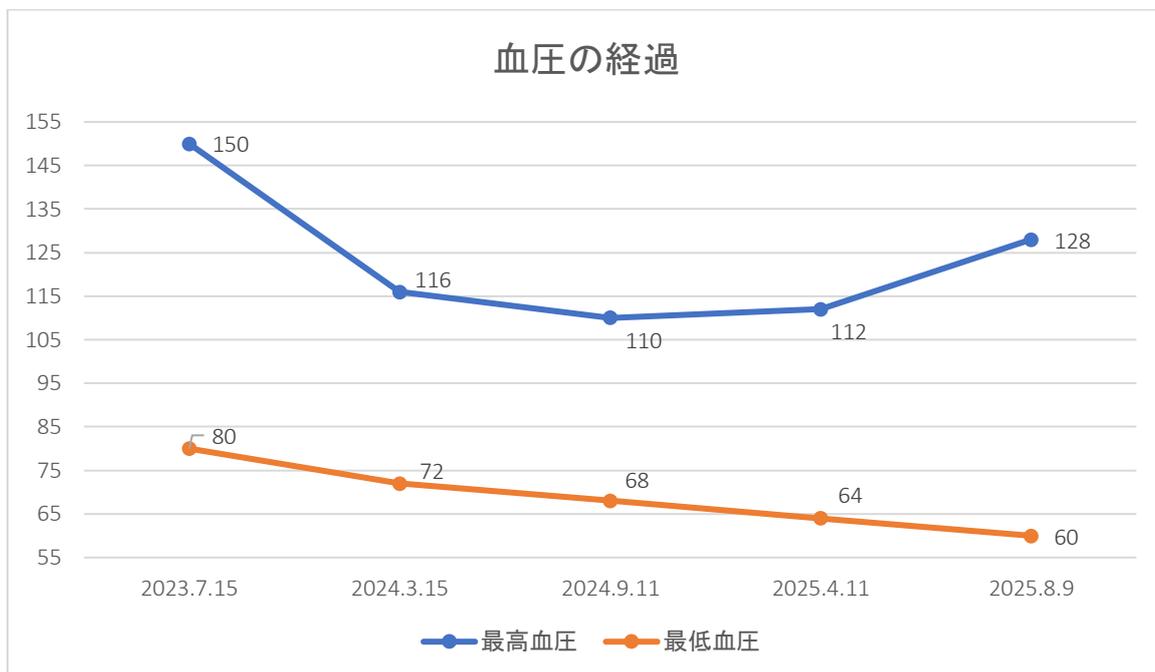


2022年7月2日に尿酸値 8.2mg/dL と高値を認めたため、2022年7月8日よりベンズプロマロン錠 50mg を処方した。

その後、2023年7月15日には尿酸値が 3.5mg/dL まで低下したため、ベンズプロマロン錠 25mg に減量し、以降も尿酸値は安定している。

高尿酸血症 痛風 痛風発作の説明書

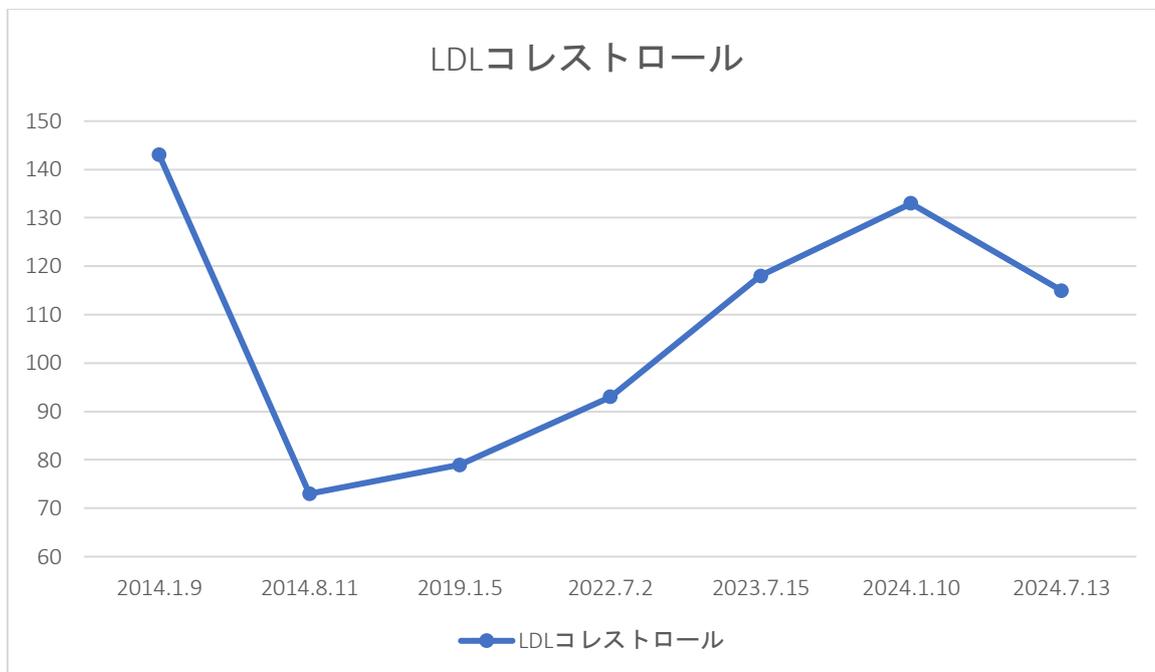




2016年8月、心房細動による頻脈を認めたため、総合病院にてビソプロロールおよびリバーロキサバンの処方を受けました。

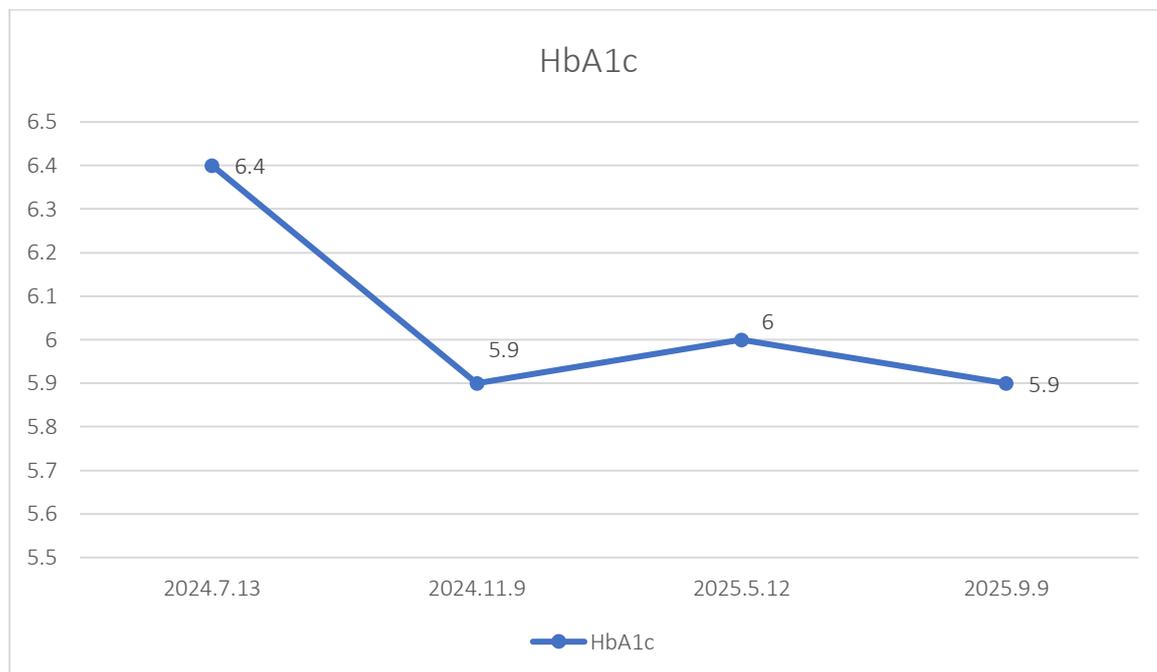
2014年3月14日、LDLコレステロールが高値であったため、スタチン系治療薬による治療が開始されました。

その後、2022年8月22日に総合病院でCK上昇を認めたため、スタチン系治療薬の投与中止が指示されました。代替治療としてエゼチミブが投与され、現在経過観察中です。



上図より、スタチン系治療薬はエゼチミブと比較して、より強力な LDL コレステロール低下作用を有することが示されています。そのため、臨床現場では治療効果を期待して、スタチン系治療薬が選択される傾向にあります。

処方：エンパグリフロジン・リナグリプチン配合錠とピオグリタゾンの解説



血糖コントロールについては、HbA1c が 6.5% 以下で推移しており、良好にコントロールされています。

心房細動が認められたため、2023年1月5日に総合病院にてカテーテルアブレーションを施行した。その結果、心房細動は消失し、アブレーションは成功した。



<http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Ablation/Ablation.htm>



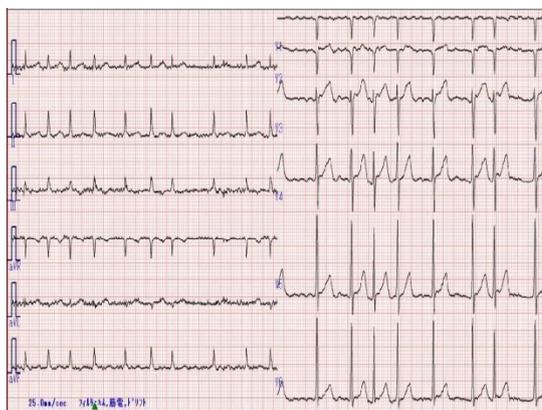
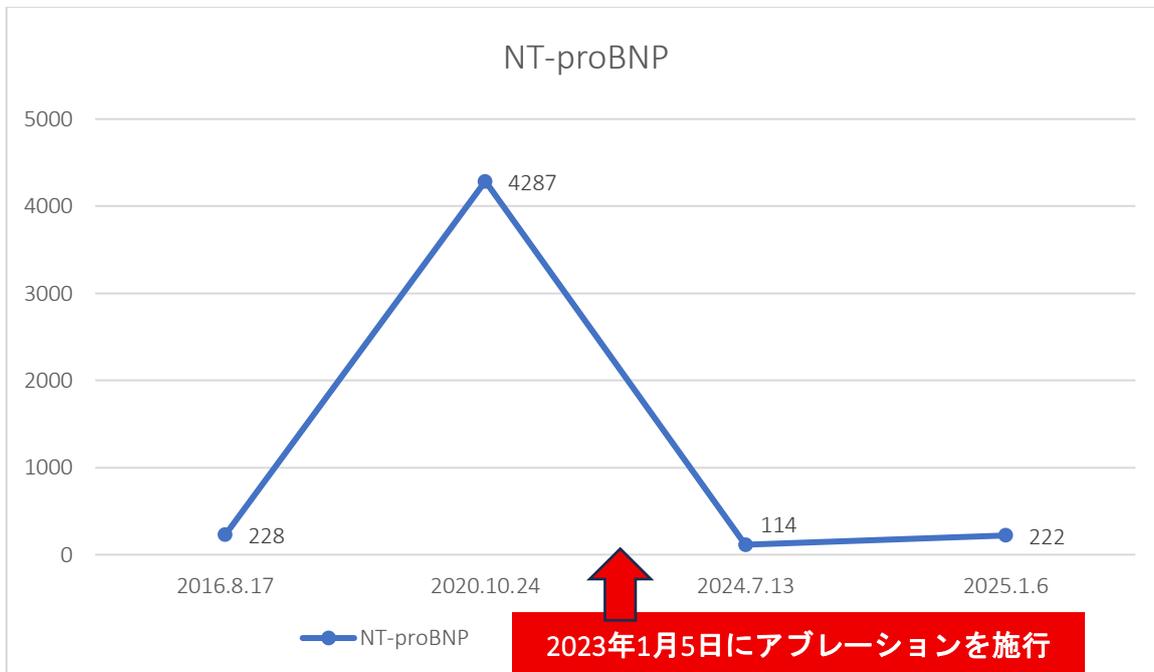
http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Ablation/atrial_fibrillation.htm



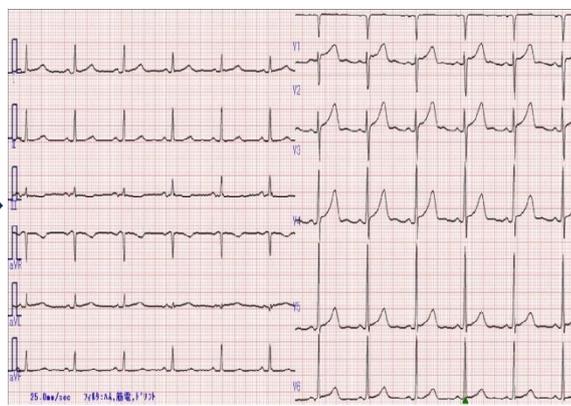
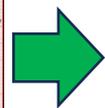
park3.wakwak.com/~shimura-iin/Ablation/Atrial_Fibrillation_Ablation.htm



http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Ablation/CHADS2_Score.htm



2022年11月16日(アブレーションを実施前)



2023年7月15日(アブレーションを実施後)

心房細動に対してカテーテルアブレーションを施行したところ、施行前の NT-proBNP は 4,287 pg/mL ですが、施行後は改善しました。また、心電図でも心房細動は消失し、洞調律を呈しています。



いろいろな心臓の病気が心不全の原因になります

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Heart_failure/Heart_failure_1.pdf



2021 年 JCS/JHFS ガイドライン・2021 年 ESC/HFA ガイドライン

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Heart_failure/Heart_failure_2.pdf



心不全のリスクと進展ステージ

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Heart_failure/Heart_failure_3.pdf



心不全の症状

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Heart_failure/Heart_failure_4.pdf



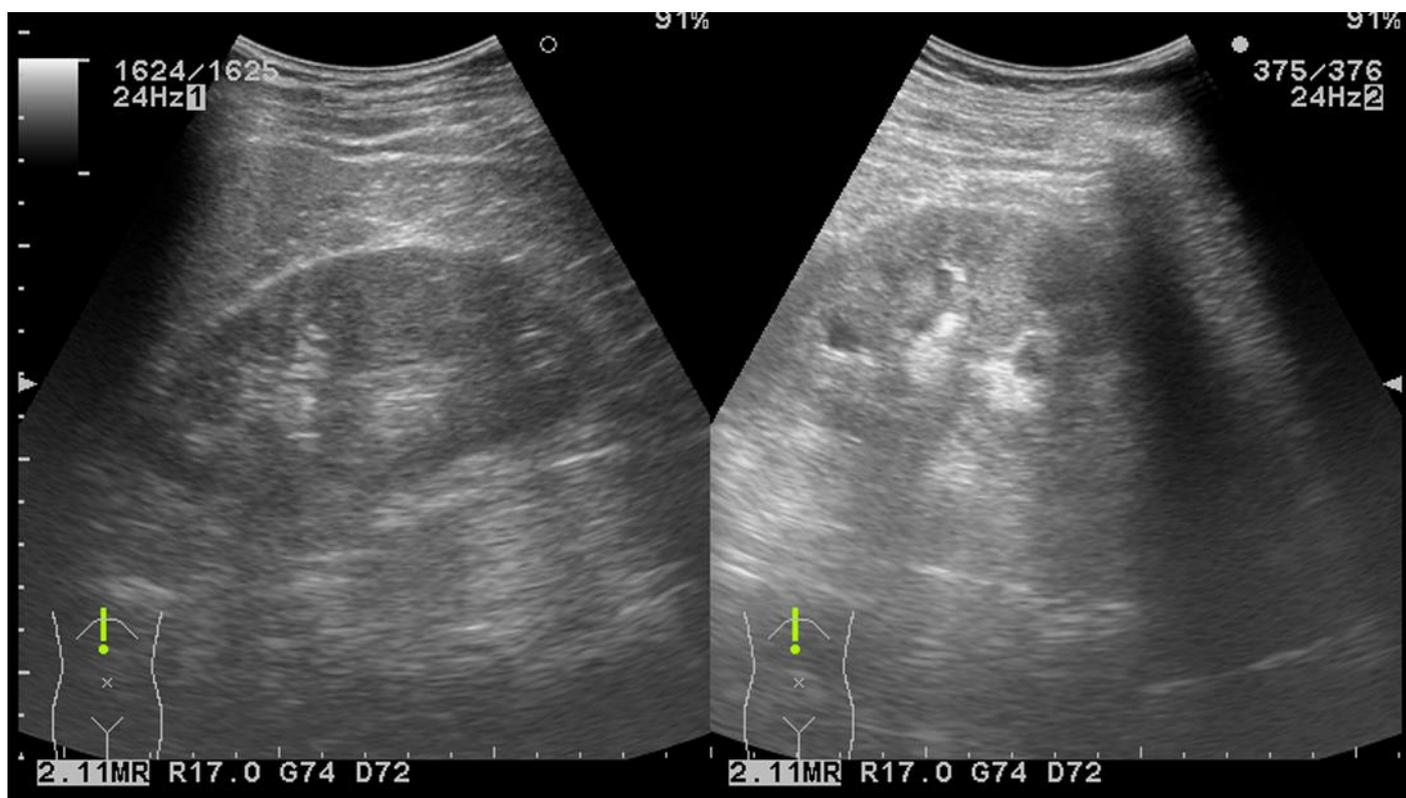
心不全 ファンタスティック 4 の使用順序

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Heart_failure/Heart_failure_5.pdf



心不全治療のアルゴリズム

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Heart_failure/Heart_failure_6.pdf



左の腎臓に、腎結石が認められ一部腎盂の拡張が認められ左わき腹痛もあり左腎結石によるものと考え、ウロカルソンの処方をした。



http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Treatment_of_kidney_stones/Treatment_of_kidney_stones_1.htm

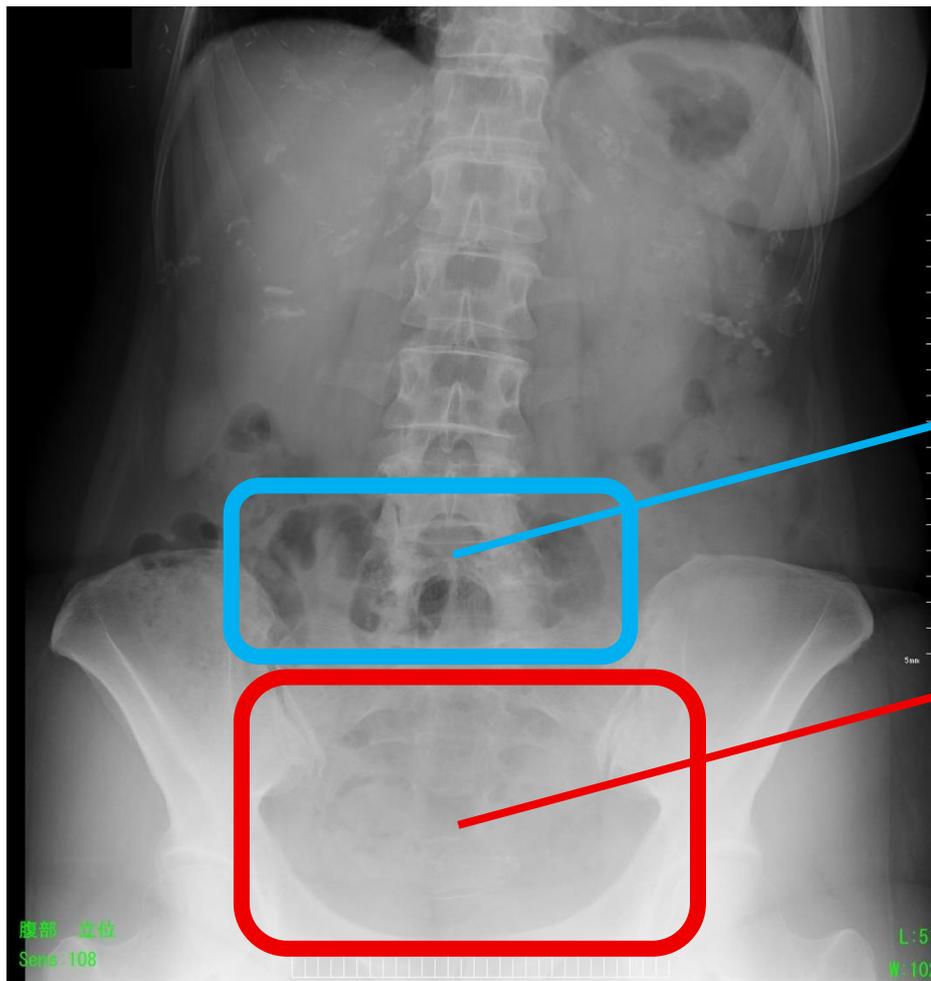


http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Treatment_of_kidney_stones/Treatment_of_kidney_stones_2.htm

症例〇〇 【54歳】 【女性】 【心窩部痛】

処方：酸化マグネシウム錠/酪酸菌配合剤口腔内崩壊錠/エロピキシバット水和物/ピコスルファート Na 経口液/

マクロゴール 4000・塩化ナトリウム・炭酸水素ナトリウム・塩化カリウム散 LD の解説



横行結腸のガスのたまり

S 状結腸と直腸の軟便のたまり

腹部単純 X 線検査にて S 状結腸および直腸に軟便の貯留を認め、心窩部痛の原因として便貯留が考えられたため、下剤を投与した。

しかし、心窩部のキリキリとした痛みが持続していたため、上部消化管内視鏡検査および腹部超音波検査を予約し、帰宅となった。

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

22504

藤

緑

3割

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

患者氏名	様		保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名
	生年月日	昭和 46年 月 日 54歳 男 ㊟	
区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号

交付年月日 令和 7年 11月 10日 処方箋の使用期限 令和 年 月 日 特に記載のある場合は交付の日を含めて4日以内の期限内に有効とする。

処方方	1 【般】酸化マグネシウム錠250mg 3錠 ビオスリー配合OD錠 6錠 分3 毎食後 ※心窩部痛 XPでガスと便の溜まり グリセリン浣腸60施行 28日分
	2 グーフイス錠5mg 2錠 夕食前 分1 便が出やすく 28日分
	3 屯服 【般】ピコスルファートNa 経口液0.75% 10mL 便秘時10滴 1日2回まで可 ※1日便が出なかったら2日目に落とす ※今日は帰宅後10滴 出なければ夕方10滴 1回分
	4 モビコール配合内用剤LD 6.8523g 2包 分1 夕食後 便が出やすく 28日分
	以下、余白

保険医署名 (調剤番号) 欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名及び記号を併記すること。 印

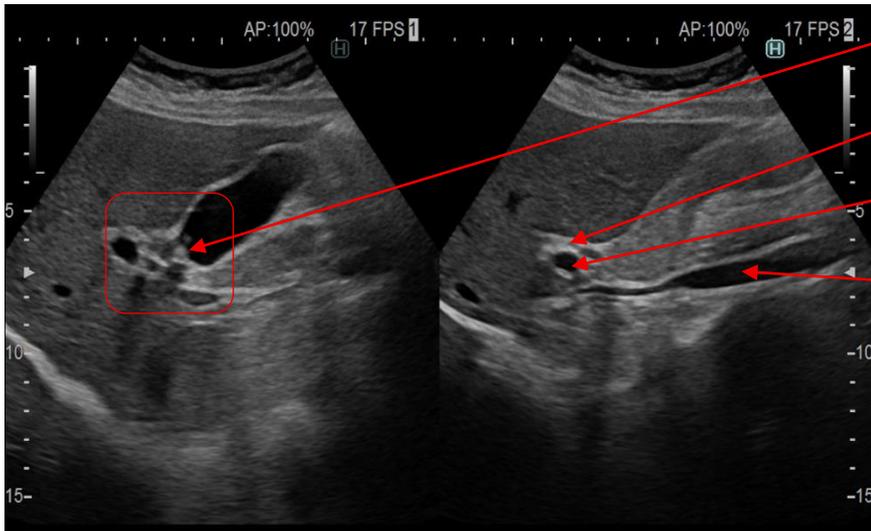
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「X」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)

□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
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号

超音波所見と胃カメラ所見

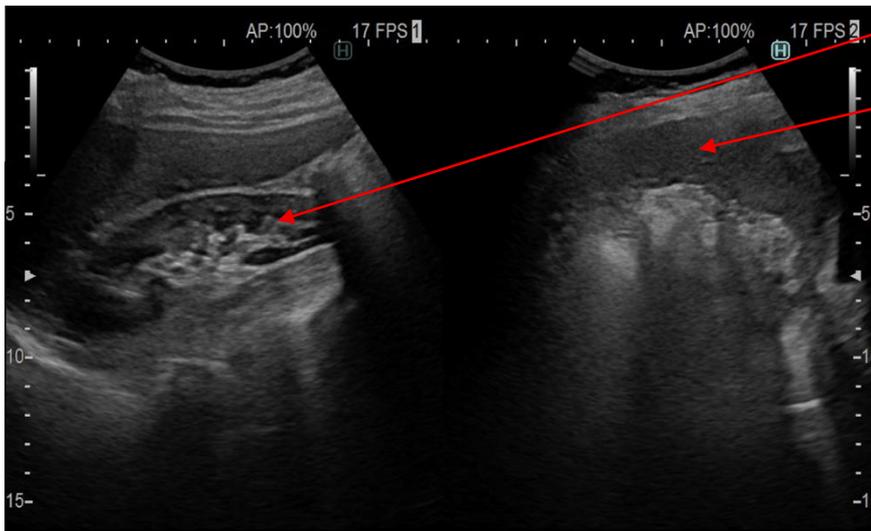


胃体部胃底部胃体部

総胆管

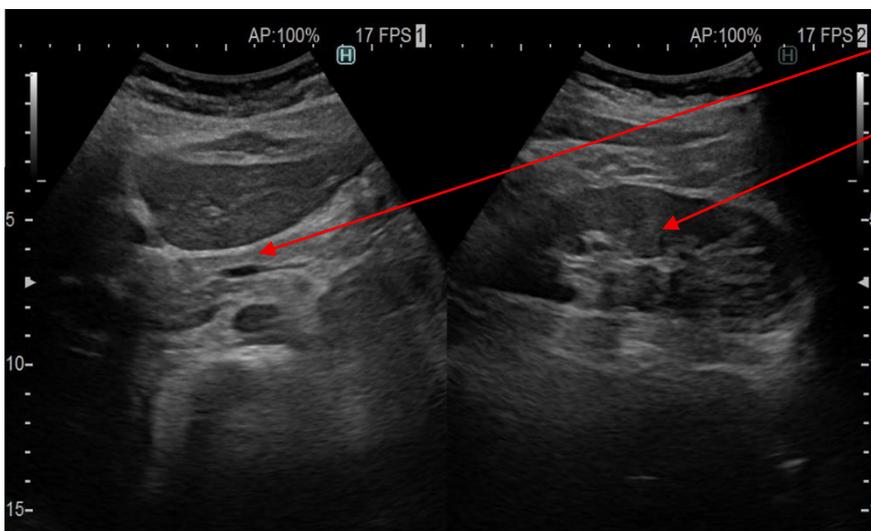
胆嚢

十二指腸



十二指腸

胆嚢

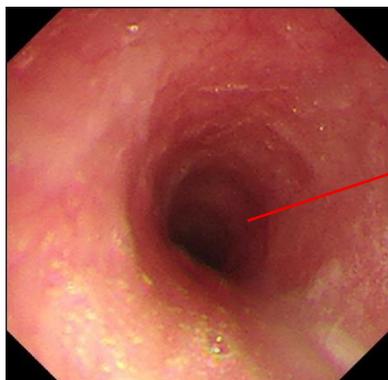


胆嚢

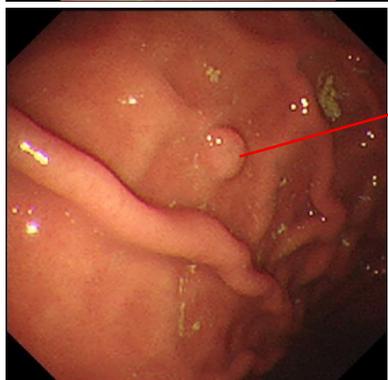
十二指腸

腹部超音波検査では、直径 2mm の胆嚢ポリープを認めましたが、その他特記すべき所見はありませんでした。

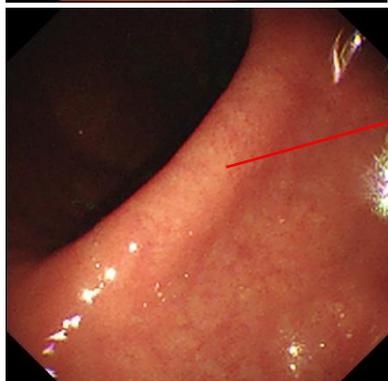
内視鏡の所見



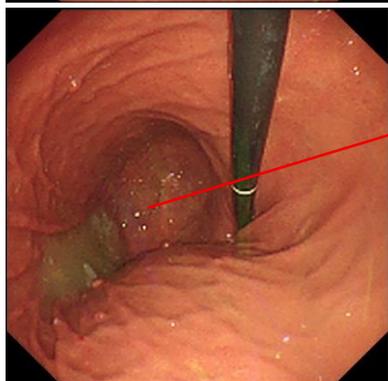
食道



体上部のポリープ



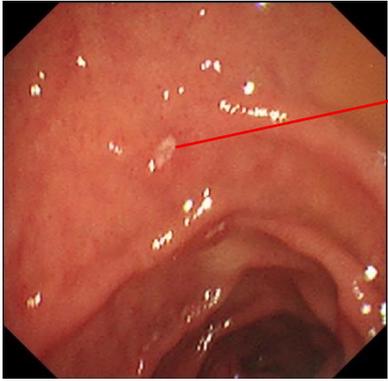
胃角



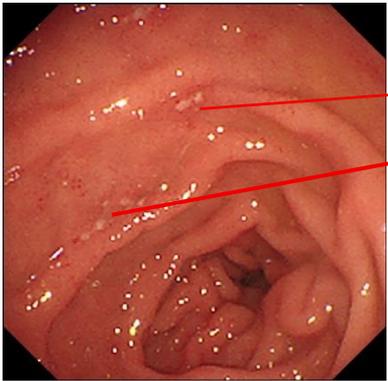
胃穹隆部



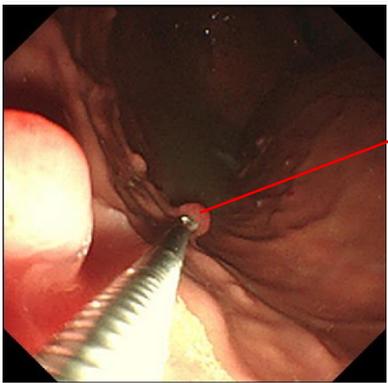
前庭部



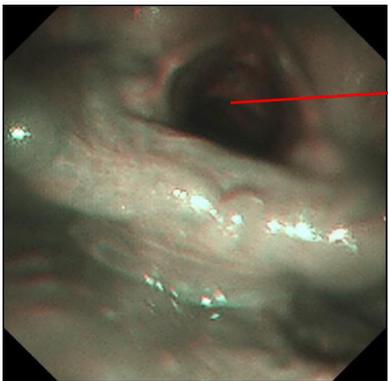
十二指腸球部の多発性潰瘍



十二指腸多発性潰瘍



胃ポリプ生検



声帯

上部消化管内視鏡検査により、多発性の十二指腸潰瘍が認められ、心窩部痛の主な原因が特定された。

処方として、ポノプラザンフマル酸塩錠 20mg を投与した。

院 外 処 方 箋
(この処方箋は、この処方箋用紙でも有効です。) 22504 薬 録 3 冊

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		健康保険証・国民健康保険証の記号・番号	
患者氏名	様		
生年月日	昭和 46 年 月 日 54 歳	性別	男 <input checked="" type="radio"/>
区分	被保険者	被扶養者	<input type="checkbox"/>
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	
発行者	令和 7 年 11 月 10 日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
処方	<p>1 タケキャブOD錠20mg 1錠</p> <p>分1 朝食後 多発性DU</p> <p>※本日の胃カメラで十二指腸あり ビラン</p> <p>になっている</p> <p style="text-align: right;">28日分</p> <p>***以下、余白***</p>		
備考	<p>保険医署名 (氏名、印) (印)</p> <p>麻薬施用者免許証 第 号</p> <p>処方期間が調剤時に医薬品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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)</p>		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬局調剤氏名	(印)		



胃潰瘍の Stage

park3.wakwak.com/~shimura-iin/Stomach_ulcer/Stomach_ulcer_1.pdf



胃・12 指腸潰瘍 潰瘍 Stage

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Stomach_ulcer/Stomach_ulcer_2.pdf



胃潰瘍 12 指腸潰瘍の原因

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Stomach_ulcer/Stomach_ulcer_3.pdf

症例〇〇 【60歳】 【女性】 【2型糖尿病】

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、その保険薬局でも有効です。)

10537

給

札

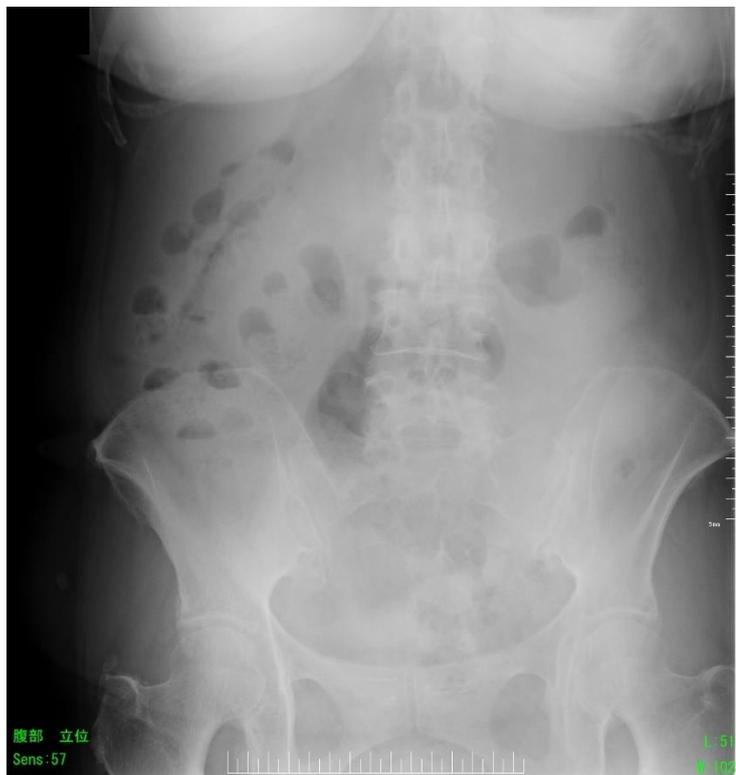
3割

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 氏名	様		
生年月日	昭和 40年 月 日 60歳	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/>
区分	被保険者	被扶養者	
交付年月日	令和 7年 11月 17日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
処 方	<p>【一般】酸化マグネシウム錠250mg 3錠 ラックビー錠 3錠 ビオスリー配合OD錠 6錠 分3 毎食後 ※下痢が昨日6回 今日3回 腹痛 腹部XPでガスと便の溜まり グリセリン浣腸6 0施行 下痢便だが溜まっている 7日分</p> <p>2 グーフィス錠5mg 2錠 夕食前 分1 便が出やすく 7日分</p> <p>**以下、余白**</p>		
	<p>保険医署名 (氏名や印、欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記号・押印すること。)</p> <p>麻薬施用者免許証 第 号</p> <p>患者住所</p> <p>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「X」を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「X」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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)</p>		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

2025 年 5 月 20 日、下痢が 6 回あり、腹痛を主訴に来院された。

腹部レントゲン検査では、S 状結腸および直腸に軟便の貯留を認めたため、グリセリン浣腸 60 を施行した。

また、酸化マグネシウム錠 250mg 3 錠、ビフィズス菌製剤 3 錠、酪酸菌配合錠 3 錠、エロピキシバット水和物錠 5mg 2 錠を処方した。



同時に、生化学検査、血算、腫瘍マーカー（CEA・CA19-9・CA125）、NT-proBNP、TRACP-5b の採血も実施した。

その結果、下記の通り

検査項目		測定値	単位・基準値
中性脂肪	TG	H 923	mg/dL 35~149
コレステロール	CHOL	H 256	mg/dL 100~200
LDLコレステロール	LDL-C	H 115	mg/dL 70~139
HbA1c	A1C	H 9.1	% 4.6~6.2
血糖	GLU	H 358	mg/dL 空腹時70~109
CRP	CRP	0.14	mg/dL 0.05以下
TRACP-5b	TRACP-5b	492	mU/dL 170~690
C-ペプチド	C-PEP	2.46	ng/mL (空腹時負荷前) 0.78~5.19
CEA	CEA	H 6.5	ng/mL 5.0以下

検査項目		測定値	単位・基準値
中性脂肪	TG	H 923	mg/dL 35~149
コレステロール	CHOL	H 256	mg/dL 100~200
LDLコレステロール	LDL-C	H 115	mg/dL 70~139
HbA1c	A1C	H 9.1	% 4.6~6.2
血糖	GLU	H 358	mg/dL 空腹時70~109
CRP	CRP	0.14	mg/dL 0.05以下
TRACP-5b	TRACP-5b	492	mU/dL 170~690
C-ペプチド	C-PEP	2.46	ng/mL (空腹時負荷前) 0.78~5.19
CEA	CEA	H 6.5	ng/mL 5.0以下

検査項目		測定値	単位・基準値
白血球数	WBC	H 10900	/μL M3500~9500
赤血球数	RBC	478	万/μL M430~510
血色素量	HGB	14.6	g/dL M13.5~17.5
ヘマトクリット値	HCT	H 45.6	% M39.0~49.0
MCV	MCV	96	fL M83~102
MCH	MCH	30.5	pg M28.0~34.0
MCHC	MCHC	32.1	% M31.0~36.0
血小板数	PLT	23.6	万/μL M13.0~36.0
網状赤血球数	RDW		% 12~27
好塩基球	Ba	0.4	% 0.0~3.0
好酸球	Eo	1.4	% 0.0~10.0
好中球	Neut	53.0	% 35.0~73.0
好中球	SI		% 0.0~18.0
好中球	Ssg		% 27.0~72.0
リン球	Ly	40.6	% 20.0~51.0
単球	MO	4.6	% 2.0~12.0

採血結果では、以下の異常所見を認めた。

- ・中性脂肪：923
- ・コレステロール：506
- ・血糖（BS）：358
- ・HbA1c：9.8
- ・CEA：6.5
- ・TRACP-5b：492

中性脂肪 923 に対して、パルモディア 4mg を処方した。

HbA1c 9.8 に対して、A 病院でインスリン（アピドラ注ソロスター(300)6 キッド・ランタス XR ソロスター(450)2 キット）を使用していたが、

C-ペプチド 2.46ng/mL が正常範囲だった為、インスリンを中止して経口剤のみでコントロールできると考え患者さんにも、許可を得て内服に切り替えた

CEA：6.5 に対しては、肺のCT・腹部骨盤 CT・胃カメラ・便潜血にて、肺癌・胃癌・大腸癌の否定した

TRACP-5b : 492 に対しては、エディロールの処方をして大腿骨頸部骨折の予防をした

中性脂肪 923 mg/dL に対しては、ペマフィブラート XR 錠 0.4mg を処方した。

HbA1c 9.8%に対しては、A 病院でインスリン（インスリングルリジン 300：6 キット、インスリン グラルギン XR ソロスター450：2 キット）を使用していたが、C-ペプチド 2.46 ng/mL が正常範囲であったため、経口薬のみでのコントロールが可能と判断した。患者にも説明し了承を得たうえで、インスリンを中止し内服治療へ切り替えた。

CEA 6.5 ng/mL に対しては、肺 CT・腹部骨盤 CT・上部消化管内視鏡・便潜血検査を実施し、肺癌・胃癌・大腸癌を否定した。

TRACP-5b 492 に対しては、エルデカルシトールカプセル 0.75 μ g を処方し、大腿骨頸部骨折予防目的で治療を開始した。

眼の合併症については眼科へ紹介した。両眼に糖尿病性網膜症を認めたが、現時点ではレーザー治療等の介入は不要との見解であった。

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関:

2025/05/23

紹介元医療機関:

眼科より返書

患者名:	生年月日: 1965	カルテNo. 0000041691
住所:		電話:
紹介目的:		
主訴・現病名:	両糖尿病性網膜症	
既往歴・合併症:		
当院初診日:	特記事項:	
<p>いつも大変お世話になっております。本日、先生の紹介状持参し来院。 両眼とも糖尿病性網膜症認めております。まだレーザー治療等はいらないと思いますが、今後のコントロールによっては、悪化する可能性もあることを本人にお話いたしました。大分HbA1cも高いようですので、眼科的には徐々にゆっくり下げてくださいと思います。 また当院でも経過観察させていただきます。 ご紹介ありがとうございました。まずはご報告まで</p>		
検査所見:	2025/05/23 RV = (1.0×j.B.) LV = (1.0×j.B.)	
処方:		

胃カメラは患者様の希望により未実施。

検査報告書			
検査日	2025/5/30	検査種別	CT
患者ID		撮影部位	胸部～骨盤 単+造
患者名		検査依頼科	
生年月日	1965/10/07 59歳 女	検査依頼医	
造影剤名	イオメロン350 シリンジ 100ml		
作成日	2025/05/30	第1読影確定医	第2読影確定医
検査目的 CEA 6.5 ↑ ①胃カメラは 医院で施行 ②便潜血陽性ならCFも 医院で施行 ③lung 消化管の tumor の否定 977子ニン(0.33) eGFR(149.6)			
所見 ・肺野内に malignancy を疑う所見はありません。 ・肝に明らかな腫瘍はありません。 ・胆、脾、副腎、腎に大きな異常は見られません。 ・消化管に特記すべき所見はありません。 ・胸水、腹水の貯留はありません。 ・有意に腫大したリンパ節は見られません。			
診断 CEA 上昇の原因は明らかではありません。			

CT 検査で肺に癌は認められず、腹部も観察範囲内で異常なし

便潜血陰性のため、大腸ポリープ・大腸癌は否定的

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
便Hb金コロイド法1		(-)	(-)
便Hb金コロイド法2		(-)	(-)

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、その医薬品用でも有効です。)

10537

給

札

3 冊

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		国民健康保険証・国民健康保険番号の記号・番号 888・876 (世帯) 21	
患者氏名	様		
生年月日	昭和 40 年 月 日 60 歳	性別	男 <input checked="" type="radio"/>
区分	(被保険者) 被扶養者	都道府県番号	点数表番号 医療機関コード
発給年月日	令和 7 年 11 月 17 日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
処方	1 パルモディアXR錠0.4mg 1錠 【般】エルデカルシトールカプセル0.75 1錠 # K 1cap メタクト配合錠LD 1錠 トラディアンス配合錠AP 1錠 分1 朝食後 ※TG923でパ`キテ`イ(0.4)1T追加 ※TR-5b492でステ`イロ`追加 35日分 2 ツイミーグ錠500mg 4錠 分2 朝・夕食後 35日分 **以下、余白**		
備考	保険医署名 (署名欄に「レ」又は「X」を記載し、署名欄に「レ」又は「X」を記載すること。) 麻薬施用者免許証 第 号 患者住所 保険薬局が調剤時に枚数を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ証書照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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、「レ」又は「X」を記載するとともに、調剤年及び次頁調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) 次頁調剤予定日 (年 月 日) 次頁調剤予定日 (年 月 日)		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名	(印)		

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

10537

船

帆

3 割

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 888・876 (扶養) 21

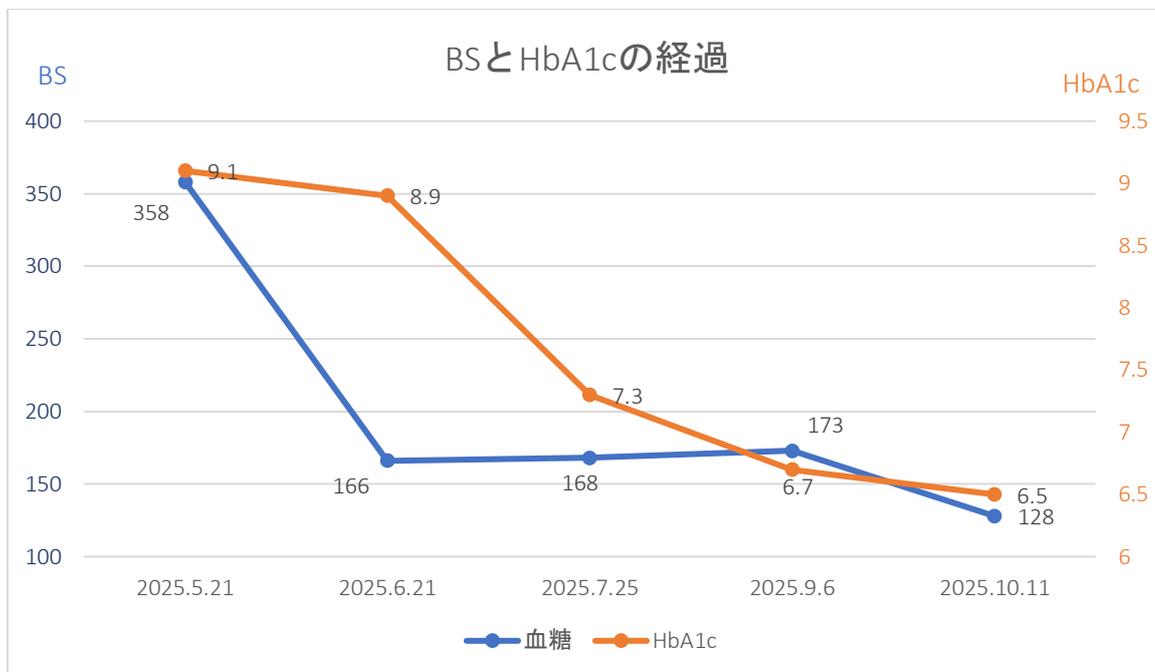
患者氏名	様	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	昭和 40 年 月 日 60 歳 男 <input checked="" type="checkbox"/>	電話番号
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	保険医氏名

交付年月日	令和 7 年 11 月 17 日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
-------	------------------	----------	----------

処方	1 パルモディア XR錠0.4mg 【般】エルデカルシトールカプセル0.75 # 8 分1 朝食後 ※日数合わせる為26日で希望	1錠 1 cap 26日分
	2 【般】ピオグリタゾン錠15mg トラディアンス配合錠B P 分1 朝食後 ※院内HbA1c8.9でトリアズパへ ※アトスに変更してトリアズパ増量	1錠 1錠 35日分
	3 ツイミーグ錠500mg 分2 朝・夕食後	4錠 35日分
	4 メトグルコ錠250mg メトグルコ錠500mg ピオスリー配合OD錠 分3 毎食後 下痢が続く	3錠 3錠 6錠 35日分
	以下、余白	

備	保険医署名 (〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 船帆 3 割)
考	麻薬施用者免許証 第 号 患者住所 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「X」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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、「レ」又は「X」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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号



HbA1cは9.1%でしたが、治療により順調に改善し、2025年10月11日には6.5%まで低下し、目標範囲に達しました。

当初は他院にてインスリン治療を受けていましたが、C-ペプチド値は正常範囲（2.46）であったことから、経口糖尿病薬への切り替えが可能と判断しました。その後、経口剤のみで血糖コントロールは良好となりました。



糖尿病合併症・HbA1cコントロール目標・糖尿病経口剤の種類

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Diabetes/Diabetes_1.pdf



糖尿病腎症について

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Diabetes/Diabetes_2.pdf



糖尿病性壊疽 フットケア

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Diabetes/Diabetes_3.pdf



糖尿病性神経症

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Diabetes/Diabetes_4.pdf



糖尿病性眼症

http://park3.wakwak.com/~shimura-iin/Diabetes/Diabetes_5.pdf

症例〇〇 【17歳】 【男性】 【38°Cの熱と頭痛】

S (Subjective)

昨日より 38.0°Cの発熱。頭痛、咳あり（ゼーゼー・胸痛なし）。

透明鼻汁あり。食欲あり、だるさなし。

今朝の体温 37.6°C、来院時 38.1°C。

O (Objective)

・新型コロナウイルス抗原検査：陰性

・インフルエンザ検査：陰性

・溶連菌迅速：陰性

・マイコプラズマ抗原：陰性

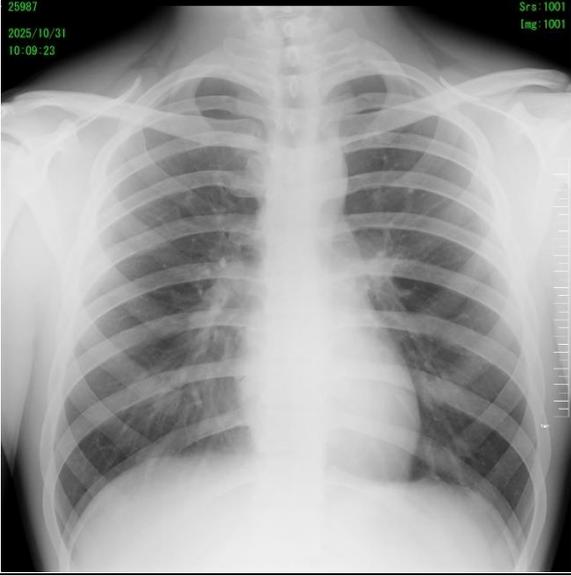
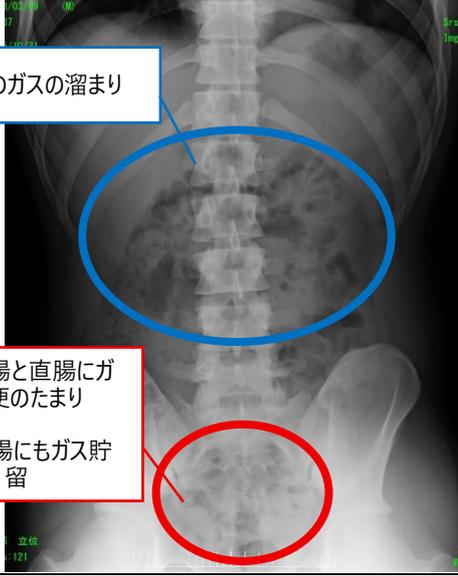
・百日咳：陰性

・胸部 X 線：肺炎所見なし

・腹部 X 線：S 状結腸および直腸にガス・便の貯留。他の大腸にもガス貯留を認める

胸部レントゲン

腹部レントゲン

	
<p>異常なし</p> <p>肺炎無し</p>	<p>S状結腸と直腸にガスと便のたまり</p> <p>他の大腸にもガス貯留</p>

A (Assessment)

感染症は各種検査で否定的であり、腹部 X 線で S 状結腸・直腸を中心にガス・便の貯留が顕著であることから、便秘・ガス貯留が発熱の原因と判断した。

P (Plan)

- ・グリセリン浣腸（60 mL）施行
- ・施行後、排便を認め、発熱・症状ともに改善を確認

酸化マグネシウム錠・乳酸菌製剤（ビフィズス菌など）：腸内のガスや便を排出しやすくする

アセトアミノフェン錠：発熱に対して使用

リナクロチド（リンゼス）：便通を促す

ピコスルファートナトリウム経口液 0.75%：下剤として使用

ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠：咳や鼻症状が強い時に使用

症例〇〇 【74歳】 【女性】 【心不全】

診療情報提供書（紹介状）

令和7年3月13日

患者氏名：
患者住所：
電話番号：
生年月日： 昭和26年7月19日

【紹介目的】	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他
【主訴又は病名】	AFでNT-PROBNP888 アブレーションの適応があればよろしくお願ひします。
【既往歴】 【アレルギー】	【DA】×禁シヤミアスで排尿痛と陰部の痒み 【PH】H4年 胃潰瘍 県立中央病院 55歳 子宮内膜炎 国立病院
【現病歴、経過】 【現在の処方】	いつもお世話となっております。 AFでNT-PROBNP888です。もっと年をとって心不全症状ひどくなり困っている人をたくさん見えています。アブレーションの適応があればよろしくお願ひします。 ファンクシヤック4のうちSGLT2阻害剤は排尿痛痛と陰部の痒みで出せない状態となっております。 【定時：↓減 ↑増 ◎追 ◇ソ変 ○復 ×止】 ◎◎エルスト(100)IT 24.4.22～(CHF) ◎◎◎75mgカト【般】スピロラクトン(50)IT 24.10.10～(CHF) リカアアOD(60)0.5T 20.9.9～(AF) エビスタ【般】50mgカトIT 20.9.16～ ◎マラックス【般】酸化マグネシウム(250)3T 23.12.8～ ◎ビスタリ-006T 23.12.8～ 【診断】 #1af 20.9.9 #2Osteoporsis 20.9.16 #3Constipation 23.12.8 #4CHF 24.4.1 今後と宜しく御指導お願ひ致します。
【備考】	

心房細動を認め、NT-proBNPも963と高値を示しており、心負荷の増大が示唆されます。

カテーテルアブレーションにより心房細動が改善し、脈の乱れが洞調律へ回復すれば、NT-proBNPの低下と全身状態の改善が

期待できると判断し、精査・加療目的にて紹介しました。

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

14139

臨

本人

2割

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	
患者氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
生年月日 昭和 26年 7月 19日 74歳 男 女	電話番号		
区分 (被保険者)	被扶養者	保険医氏名 (印)	
交付年月日 令和 8年 1月 24日	処方箋の使用期限 令和 年 月 日	都道府県番号	点数表番号
医療機関コード		医療機関コード	
<p>【変更不可】「レ」又は「×」を記載すること。また、患者の希望・職に「レ」又は「×」を記載すること。</p> <p>1 エンレスト錠100mg 1錠</p> <p>【般】スピロラクトン錠50mg 1錠</p> <p>リクシアナOD錠60mg 0.5錠</p> <p>【般】ラロキシフェン塩酸塩錠60mg 1錠</p> <p>分1 朝食後 28日分</p> <p>**以下、余白**</p>			
<p>リサイクル可 <input type="checkbox"/> (---回---)</p>			
保険医署名 (変更不可) (レ)又は(×)を記載すること。また、署名又は記号・印を印すること。 (印)	高一		
麻薬施用者免許証 第 号			
患者住所	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"/> 保険医療機関へ証書照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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		
保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号		
保険薬剤師氏名 (印)			

紹介状発行時点での当院処方箋は、心不全管理目的にサクビトリルバルサルタンナトリウム水和物 100mg およびスピロラクトン 50mg を継続し、心房細動に対する血栓塞栓症予防としてエドキシaban (リクシアナ) OD 錠を処方しました。また、骨粗鬆症予防目的にラロキシフェン塩酸塩錠を併用しています。

診療情報提供書（退院時）

患者氏名	生年月日	生（73歳 9ヶ月）
患者住所	性別（女）	
電話番号	職業	

平素より大変お世話になっております。
上記患者様につきましてご紹介させていただきます。

【傷病名】
持続性心房細動

【入院期間】
令和7年05月06日 ～令和7年05月09日

【紹介目的】
治療経過のご報告と今後の御加療継続のお願い

【症状、治療経過、現在の処方および検査結果】
平素よりお世話になっております。貴院よりご紹介頂きました小宮山恵里子様の治療経過についてご報告させていただきます。
2025年5月7日に持続性心房細動に対してパルスフィールドアブレーションによる両側拡大肺静脈隔離術を施行しました。誘発にて心房細動を認めず、洞調律に復帰したことを確認後、手技終了としております。術後は洞調律を維持し、経過良好のため、2025年5月9日に退院の運びとなりました。
つきましては引き続き貴院での御加療をお願いしたく存じます。なお、内服薬に關しまして、入院中血圧が低値で推移した為、誠に勝手ながらエンレスト100mg、ビソプロロール fumarate 0.625mg、スピノラクトン50mgは中止と致しました。今後血圧推移を見て再開を検討していく次第です。また、当院にてラロキシフェンの採用がなかったため、入院中の4日間は休薬とさせて頂いております。こちらは貴院での引き続きの処方を御願ひ申し上げます。
以上、簡単ではございますが小宮山様の治療経過ご報告とさせていただきます。今後は当科外来においてもしばらくの期間、経過のフォローをさせて頂く方針です。この度はご紹介頂き誠にありがとうございました。今後とも何卒よろしく御願ひ申し上げます。

紹介先病院からの返書によると、心房細動に対して2025年5月17日に両側拡大肺静脈隔離を含むパルスフィールドアブレーションが施行され、術中に心房細動を認めたものの、洞調律への復帰が得られ、合併症なく経過したとのこと。

術後は抗凝固療法を継続し、5月9日には退院となっています。

また、NT-proBNPは術前626.5から術後に低下傾向を認め、心負荷の改善が示唆されています。

血圧管理についてはエンレストの継続下で、今後は降圧状況を見ながら調整予定とされています。

現在は自覚症状なく安定しており、今後は当院にて外来フォローを継続する方針とします。

退院報告書

患者氏名	生年月日	(74歳 1ヶ月)
患者住所	性別 (女)	
電話番号	職業	

大変お世話になっております。

平素より大変お世話になっております。

2025/5/7 初回 ablationを施行しました。

その後、心房細動再発ありました。

2回目の ablation治療を現時点では希望されず、抗不整脈薬での調整をおこなっております。

アプリンジンにて肝障害

エンレスト：血圧低下

シベノール；効果なし

ベプリコール 100 mg /dayで効果無く、現在150 mg /dayに増量にて洞調律に復帰しています。

当科にて申すバラク薬剤調整をしたいと思っております。

いつもご紹介をありがとうございます。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

処方：

1 リクシアナ0D錠30mg 1錠

1日1回 朝食後 30 日分

2 アソセミド錠30mg「JG」 0.5錠

1日1回 朝食後 30 日分

3 ベプリジル塩酸塩錠50mg「TE」 3錠

0 -2 -0 -1 -0 -0 で投与

朝：2錠

夕：1錠

1日2回 朝・夕食後 30 日分

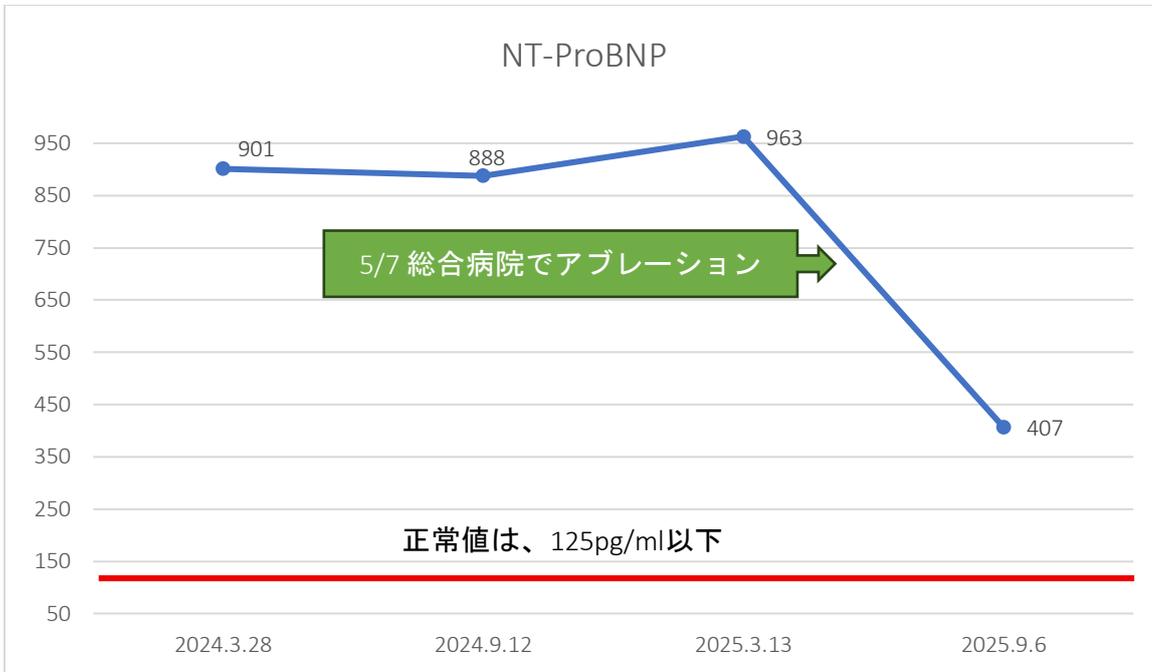
紹介先病院からのその後の返書によると、2025年5月7日に初回カテーテルアブレーションを施行後、心房細動の再発を認めています。

現時点では2回目のアブレーションは希望されておらず、抗不整脈薬による内科的治療での調整が行われています。

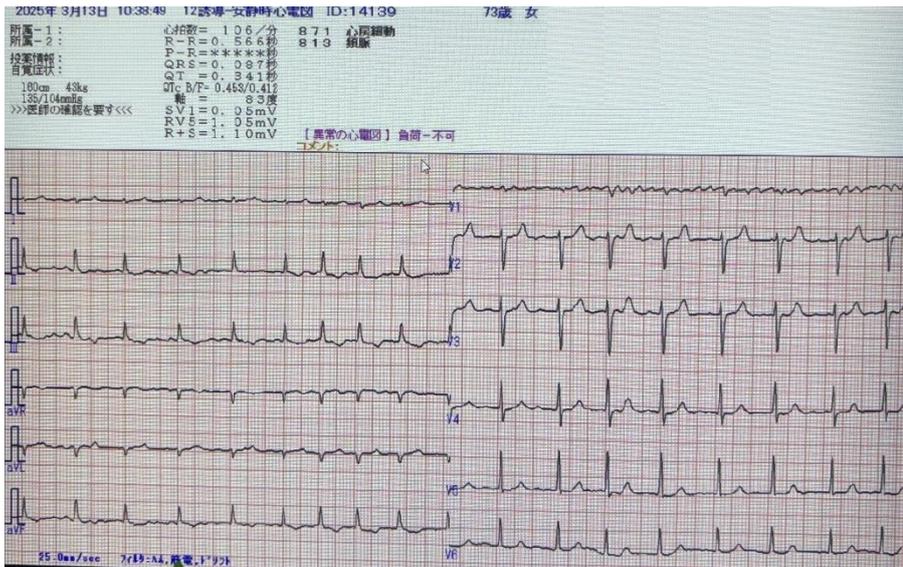
抗不整脈薬としては、アプリンジンにより肝障害を認め中止、シベノールは効果不十分であったため、ベプリコールを100mg/day

から150mg/dayへ増量したところ、洞調律への復帰が得られています。

また、エンレストによる血圧低下がみられており、現在の処方内容を踏まえ、今後は当院にて不整脈薬を含めた薬剤調整を行う方針とします。



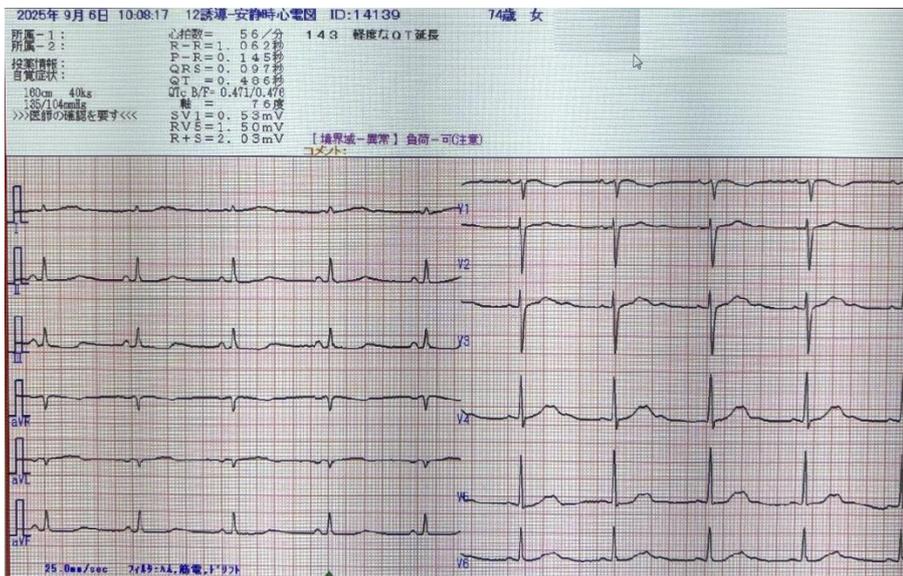
アブレーション前の心電図



心房細動が認められます。
 この状態を放置すると、左心房内に血栓が形成されやすくなり、その血栓が脳へ飛ぶことで脳梗塞を発症するリスクが高まります。
 また、心臓の拍動が不規則になることで心機能が低下し、心不全を併発しやすく、むくみや息切れ、呼吸苦などの症状が出現する可能性があります。



アブレーション後の心電図



心房細動は改善し、現在は洞調律となっており、心電図上も正常所見です。このように不整脈が改善することで、脳梗塞のリスクは大きく低下します。また、心不全を発症する可能性も低くなり、NT-proBNP は 963 から 407 へと著明に低下しており、心負荷の改善が確認されています。

当院処方内容は以下の通りです。

ベンズプロマロン錠 25mg

高尿酸血症に対し、尿酸排泄促進目的で処方しています。

エルデカルシトールカプセル 0.75 μ g

骨粗鬆症に対する活性型ビタミン D 製剤として処方しています。

ラロキシフェン塩酸塩錠 60mg

骨粗鬆症治療目的で処方しており、骨折予防を目的としています。

以上より、当院処方が高尿酸血症および骨粗鬆症に対する慢性期管理を目的とした内服治療であり、

総合病院で処方されている心房細動・心不全関連薬剤とは治療目的を分担しています。

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		保険者証・被保険者番号の記号・番号	
患者氏名	様		
生年月日	昭和 26 年	74 歳	男 <input checked="" type="checkbox"/>
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	被扶養者	電話番号 保険医氏名
交付年月日	令和 8 年 1 月 24 日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
処方	1 【般】ベンズプロマロン錠25mg 1錠 【般】エルデカルシトールカプセル0.75 1錠 分1 朝食後 1cap ※ UAが2.8で ベンズプロロン(50) 1錠 (25) 56日分 **以下、余白**		
備	保険医署名 [高一] 印 医薬品処方許可証 第 号 患者住所 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"/> 保険医療機関へ照会の上で調剤 <input type="checkbox"/> 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、「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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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	
保険薬局の所在地及び名称	保険医氏名	公費負担医療の受給者番号	

	<p>アブレーションについて</p> <p>http://park3.wakwak.com/~shimura-iiin/Atrial_fibrillation/Atrial_fibrillation1.pdf</p>
	<p>CHADS₂ スコア</p> <p>http://park3.wakwak.com/~shimura-iiin/Atrial_fibrillation/Atrial_fibrillation2.pdf</p>
	<p>心房細動の原因</p> <p>http://park3.wakwak.com/~shimura-iiin/Atrial_fibrillation/Atrial_fibrillation3.pdf</p>
	<p>心不全治療</p> <p>http://park3.wakwak.com/~shimura-iiin/Atrial_fibrillation/Atrial_fibrillation4.pdf</p>
	<p>ファンタスティック 4</p> <p>http://park3.wakwak.com/~shimura-iiin/Atrial_fibrillation/Atrial_fibrillation5.pdf</p>

症例〇〇 【56歳】 【女性】 【心不全・胃潰瘍・骨粗しょう症・便秘】

現病歴

2/19（水）より発熱あり。最高体温 39.4℃。

咳が強く、発作的に出ると止まらず、夜間も咳のため眠れない。喘鳴や胸痛は認めないが、咳嗽が強いため脇腹痛を伴う。

痰を伴う咳、頭痛、粘稠な黄色鼻汁あり。全身倦怠感が強く、食欲は普段より低下している。

来院時体温は 38.0℃。

検査

コロナウイルス、インフルエンザ、溶連菌、マイコプラズマ検査を施行。

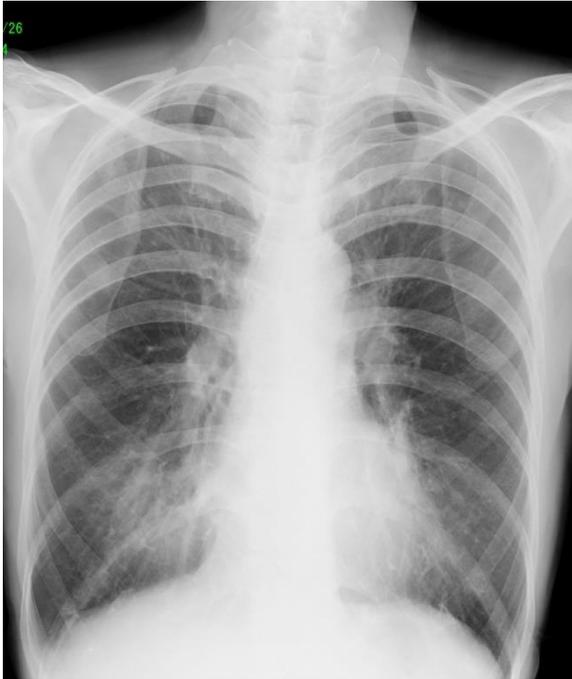
胸部 X 線、腹部 X 線検査を施行。

検査キット結果

コロナ（－）、インフルエンザ A・B（－）、溶連菌（－）、マイコプラズマ（－）であり、いずれも陰性であった。

胸部レントゲン所見

腹部レントゲン所見



右下肺野に陰影を認めた。小規模な肺炎の初期像、あるいは肺腫瘍の可能性を否定する目的で、肺 CT 検査をオーダーした。



下腹部に水様便の貯留を認めた。これが発熱の原因となっている可能性が考えられる。

胸部 X 線（XP）にて下肺野に陰影を認めたため、トスフロキサシントシル酸塩錠を投与した。

また、軟便の貯留に対しては、酸化マグネシウム錠、ビオスリー配合 OD 錠、エロビキシバット水和物を処方した。

咳嗽および鼻症状に対しては、ロラタジン口腔内崩壊錠、モンテルカスト錠に加え、ブデソニド／グリコピロニウム臭化物／ホルモ

テロールフマル酸塩水和物の吸入薬を処方した。

採血結果の結果は以下の図の通り

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
総蛋白	TP L	5.6	g/dL 6.7~8.3
アルブミン	Alb L	2.9	g/dL 3.8~5.3
尿素窒素	UN	8	mg/dL 8~22
クレアチニン	CRE	0.55	mg/dL M 0.61~1.04 F 0.47~0.79
eGFRcreat	Y8 eGFR	87.3	mL/min
尿酸	UA	4.7	mg/dL M 3.7~7.0 F 2.5~7.0
総コレステロール	T-Cho		mg/dL 130~219
LDLコレステロール	LDL-C	92	mg/dL 70~139
HDLコレステロール	HDL-C	53	mg/dL M 40~86 F 40~96
中性脂肪	TG	81	mg/dL 35~149
総ビリルビン	TBil	0.4	mg/dL 0.2~1.1
直接ビリルビン	DBil		mg/dL 0.4以下
AST(GOT)	AST	17	U/L 10~40
ALT(GPT)	ALT	17	U/L 5~45
ALP_IFCC	ALP	79	U/L 38~113
LAP	LAP		U/L 30~70
LD_IFCC	LD	217	U/L 115~245
コリンエステラーゼ	CHEL	180	U/L M 235~494 F 196~452
γ-GT	γ-GT	12	U/L M 75以下 F 45以下
CK	CK	147	U/L M 50~250 F 45~210
アミラーゼ	AMY	77	U/L 37~125
ナトリウム(Na)	Na	141	mEq/L 135~147
カリウム(K)	K L	3.4	mEq/L 3.6~5.0
クロール(Cl)	Cl	105	mEq/L 98~108
カルシウム(Ca)	Ca		mg/dL 8.6~10.1
マグネシウム(Mg)	Mg		mg/dL 1.8~2.6
リン(P)	P		mg/dL 2.5~4.6
鉄(Fe)	Fe		μg/dL M 45~200 F 40~170
TIBC	TIBC		μg/dL M 245~385 F 265~430
UIBC	UIBC		μg/dL M 110~300 F 135~350
血糖	Glu	89	mg/dL (空腹時)70~109
HbA1C	A1C	5.7	% 4.6~6.2
CRP定量	CRPH	1.65	mg/dL 0.30以下
RF定量	RF		IU/mL 15以下

採取日 25年 2月26日

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
比重		比重	1.005~1.030
反応(PH)		PH	5.0~8.0
ウロビリノーゲン		ウロビリ	(+)
蛋白		蛋白	(-)
糖		糖	(-)
ビリルビン		ビリル	(-)
ケトン体		ケトン	(-)
潜血反応		ヒナフ	(-)
赤血球		RBC	/HPF 4以下
白血球		WBC	/HPF 4以下
扁平上皮		扁平	

採取日 25年 2月26日

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
NT-proBNP		H 636	pg/mL 125以下
TRACP-5b定量	YV	313	mU/dL
<結果コメント>			
		Y8	単位はmL/分/1.73m ² です。 GFR推算式は18歳以上に適用されます。
		YV	TRACP-5b正常参考値(mU/dL) 男性 170~590 女性(YAM) 120~420
<最終委託先>			
TRACP-5b定量	*ア		

L 低値、H 高値

報告日 25年 2月28日 報告完了

1 / 1

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
白血球数	WBC H	15000	/μL M 3900~9800 F 3500~9100
赤血球数	RBC L	349	万/μL M 427~570 F 376~500
血色素量	HGB L	10.8	g/dL M 13.5~17.6 F 11.3~15.2
ヘマトクリット値	HCT	35.1	% M 39.8~51.8 F 33.4~44.9
MCV	MCV H	101	fL M 83~102 F 79~100
MCH	MCH	30.9	pg M 28.0~34.6 F 26.3~34.3
MCHC	MCHC	30.8	% M 31.6~36.6 F 30.7~36.6
血小板数	PLT	24.8	万/μL 13.0~36.9
網状赤血球数	レト		% 2~27
白血球像	好塩基球	Ba	0.4 % 0.0~3.0
	好酸球	Eo	0.4 % 0.0~10.0
	好中球	Neut	76.2 % 35.0~73.0
	桿状核球	St	% 0.0~18.0
	分葉核球	Seg	% 27.0~72.0
	リンパ球	Ly	18.2 % 20.0~51.0
単球	MO	4.8 % 2.0~12.0	

L 低値、H 高値

報告日 25年 2月28日

CRP 定量は 1.65 mg/dL と軽度上昇しており、白血球数も 15,000/μL と上昇を認めた。

CRP 上昇の原因としては、軟便の貯留による影響および右肺の炎症が考えられた。

また、NT-proBNP は 636 pg/mL と上昇しており、心不全の初期段階を示唆する所見と判断した。

院 外 処 方 箋

(この処方箋は、その複製薬用でも有効です。)

35680

給

本

3 割

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	
患者氏名	様		
生年月日	昭和 44 年 月 日 56 歳	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
区分	(被保険者) 被扶養者	都道府県番号	点数表番号 医療機関コード
発行年月日	令和 8 年 2 月 7 日	処方箋の使用期限	令和 年 月 日
処方	1 ジェディアンズ錠10mg 1錠 【般】ピソプロロールフマル酸塩錠0.62 5mg 1錠 分1 朝食後 ※NT-proBNP636でシ+テ+イons追加 血圧94/52でエンレトだせずメインテト(0.625) ※お+ッスの内服は最後まで飲む ビ+レス+トリ吸入はずつと続ける 35日分 **以下、余白**		
備考	保険医署名 (印) 麻薬施用者免許証 第 号 患者住所 保険薬局が調剤時に検査を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ送致照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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「X」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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)		

NT-proBNP 636 と上昇を認めたため、いわゆる「ファンタスティック 4」による治療導入を検討した。

まず SGLT2 阻害薬としてエンパグリフロジンを処方した。

ARNI (サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物) の導入も検討したが、血圧が 94/52 mmHg と低値であったため見送り、

β 遮断薬としてピソプロロールフマル酸塩錠を処方した。

CT 画像

次回予定

CT 所見

検査報告書			
検査日	2025/2/28	検査種別	CT
患者 ID		撮影部位	胸部・単+造影
患者名		検査依頼科	
生年月日	1969/ 55 歳 女	検査依頼医	
造影剤名			
作成日	2025/02/28	第 1 読影確定医	
		第 2 読影確定医	
検査目的			
chest X-P Rt lung 中～下肺陰影 肺炎の有無について調べてください			
所見			
比較画像はありません。 腎機能不明のため単純 CT で終了としています。			
・中葉舌区を主体に区域性の浸潤影や気管内粘液栓、気管支壁肥厚を認めます。慢性気道感染を考 えます。			
・少量の右胸水を認めます。			
・有意なリンパ節腫大を認めません。			
診断			
慢性気道感染症疑い			

胸部 CT 所見では、慢性気道感染症を疑う所見を認めたが、肺に腫瘍性病変は認められなかった。

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
総蛋白	TP	L 6.1	g/dL 6.7~8.3
アルブミン	Alb	3.8	g/dL 3.8~5.3
尿素窒素	UN	12	mg/dL 8~22
クレアチニン	CRE	0.67	mg/dL M 0.61~1.04 F 0.47~0.79
eGFRcreat	eGFR	Y8 70.0	mL/min
尿酸	UA	4.9	mg/dL M 3.7~7.0 F 2.5~7.0
総コレステロール	T-Chol		mg/dL 130~219
LDLコレステロール	LDL-C	10.1	mg/dL 70~139
HDLコレステロール	HDL-C	7.9	mg/dL M 40~86 F 40~96
中性脂肪	TG	7.9	mg/dL 35~149
総ビリルビン	TBil	0.7	mg/dL 0.2~1.1
直接ビリルビン	DBil		mg/dL 0.4以下
AST(GOT)	AST	2.4	U/L 10~40
ALT(GPT)	ALT	1.8	U/L 5~45
ALP_IFCC	ALP	7.4	U/L 38~113
LAP	LAP		U/L 30~70
LD_IFCC	LD	2.34	U/L 115~245
コリンエステラーゼ	CHE	2.50	U/L M 235~494 F 195~452
γ-GT	γ-GT	1.3	U/L M 75以下 F 45以下
CK	CK	1.56	U/L M 50~250 F 45~210
アミラーゼ	AMY	10.5	U/L 37~125
ナトリウム(Na)	Na	13.8	mEq/L 135~147
カリウム(K)	K	L 3.3	mEq/L 3.6~5.0
クロール(Cl)	Cl	10.0	mEq/L 98~108
カルシウム(Ca)	Ca		mg/dL 8.6~10.1
マグネシウム(Mg)	Mg		mg/dL 1.8~2.6
リン(P)	P		mg/dL 2.5~4.6
鉄(Fe)	Fe		μg/dL M 45~200 F 40~170
TIBC	TIBC		μg/dL M 245~395 F 265~430
UIBC	UIBC		μg/dL M 110~300 F 135~350
血糖	Glu	8.1	mg/dL (空腹時)70~109
HbA1C	A1C	5.4	% 4.6~6.2
CRP定量	CRP	0.13	mg/dL 0.30以下
RF定量	RF		IU/mL 15以下

採血日 25年11月17日

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
白血球数	WBC	7300	/μL M3900~9800 F3500~9100
赤血球数	RBC	432	万/μL M427~570 F378~500
血色素量	HGB	13.7	g/dL M13.5~17.6 F11.3~15.2
ヘマトクリット値	HCT	43.4	% M39.9~51.9 F33.9~44.9
MCV	MCV	H 101	fL M83~102 F79~100
MCH	MCH	31.7	pg M28.0~34.6 F26.3~34.3
MCHC	MCHC	31.6	% M31.5~36.6 F30.7~36.6
血小板数	PLT	15.7	万/μL 13.0~36.9
網状赤血球数	ret		% 2~27
好塩基球	Ba	0.4	% 0.0~3.0
好酸球	Eo	0.1	% 0.0~10.0
好中球	Neut	69.9	% 35.0~73.0
桿状核球	St		% 0.0~18.0
分葉核球	Seg		% 27.0~72.0
リンパ球	Ly	22.8	% 20.0~51.0
単球	MO	6.8	% 2.0~12.0

L 低値、H 高値

報告日 25年11月19日

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
比重			比重 1.005~1.030
反応(PH)			PH 5.0~8.0
ウロビリノーゲン			ウロビリノーゲン (+)
蛋白			蛋白 (-)
糖			糖 (-)
ビリルビン			ビリルビン (-)
ケトン体			ケトン体 (-)
潜血反応			潜血反応 (-)
赤血球			RBC /HPF 4以下
白血球			WBC /HPF 4以下
扁平上皮			扁平上皮 扁平

採血日 25年11月17日

検査項目	コメント	測定値	単位・基準値
NT-proBNP		87	pg/mL 125以下
CEA	H	12.4	ng/mL 5.0以下
CA19-9		13.5	U/mL 37.0以下
CA125		15.0	U/mL 35.0以下
TRACP-5b定量	YV H	466	mU/dL
<結果コメント>			
	Y8	単位はmL/分/1.73m ² です。 GFR推算式は18歳以上に適用されます。	
	YV	TRACP-5b正常参考値(mU/dL) 男性 170~590 女性(YAM) 120~420	
<最終委託先>			
TRACP-5b定量	*ア		

L 低値、H 高値

報告日 25年11月19日 報告完了

1 / 1

2025/11/17 再診。

S

11/14 (金) より咳嗽を認める(喘鳴、胸痛なし)。咳のため夜間の睡眠障害あり。

11/15 (土) より発熱(最高 38.3°C)、全身の関節痛、水様性鼻汁、頭痛、食欲不振、倦怠感を認める。

本日体温 37.5°C。

O

新型コロナウイルス・インフルエンザ抗原検査施行。

胸部・腹部 X 線検査施行。

本日採血施行。

