

Check

服用するお薬が多いと、場合によっては
身体に良くない結果をもたらすことがあります。



\\ 当てはまるものがあれば、お薬が原因かも!? //

<input checked="" type="checkbox"/> 眠気	<input checked="" type="checkbox"/> 気分の落ち込み	<input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ	<input checked="" type="checkbox"/> 頭がボーっとする
<input checked="" type="checkbox"/> 食欲低下	<input checked="" type="checkbox"/> ふらつき、めまい	<input checked="" type="checkbox"/> おしっこが出にくい	<input checked="" type="checkbox"/> 便秘

※ご自身の判断による服用の中止はお止めいただくようお願いします。

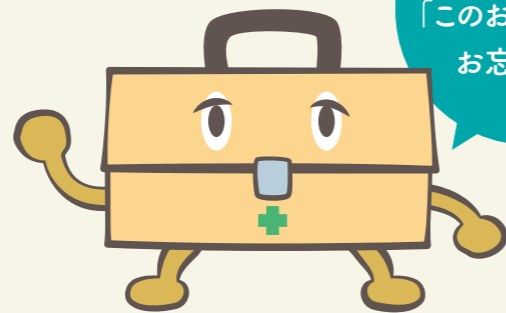
かかりつけの
薬剤師に

「このお知らせ」と「お薬手帳」を
持ってご相談ください。

保険薬局で相談された方には、

クオカード **500円分**
プレゼント!!

※一部の保険薬局では対象外となります
※クオカードは後日、ご自宅へ郵送いたします



お薬相談の際は
「このお知らせ」を
お忘れなく!

「このお知らせ」に関するお問合せは、サポートデスク(フリーダイヤル)

0120-582-552 受付時間 10:00~17:00 土日、祝日、年末年始は除きます。
※サポートデスクは(株)データホライゾンに委託しています。

〒123-4567

△△市□□1-2-3

サンプル 花子 様



通知番号 0000000001

福井県後期高齢者医療広域連合業務課
〒910-0843 福井県福井市西開発4丁目202番1
福井県自治会館5階 TEL:0776-54-6330

そのお薬、 医師・薬剤師に相談しませんか?

あなたのお薬情報は中面をご覧ください。



●服薬相談 保険薬局使用欄

相談日 年 月 日 時 分 ~ 時 分

下記にご記入の上、薬事情報センター(FAX:0776-61-6561)へ提出をお願いします。

【相談実施薬局】

薬局名 ()
薬局所在市町 ()
薬局電話番号 ()
対応薬剤師氏名 ()

【相談内容】

薬効・副作用など 併用禁忌
 重複投薬 多剤服用
 薬の管理状況・残薬など
 その他 ()

保険薬局で相談された方には **クオカード 500円分** プレゼント!!

※この通知を、必ずお持ちください ※一部の保険薬局では対象外となります ※クオカードは後日、ご自宅へ郵送いたします

Check あなたのお薬情報

あなたに処方されているお薬

残薬がある場合は「残薬」欄に○を付けて、可能であればご持参ください。

■「同」欄に「○」があるものは、成分が同一または類似のお薬です。
■「GE」欄に「○」があるものは、ジェネリック医薬品があるお薬です。

残薬	効能	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数	同	GE	グループ
	消化性潰瘍用剤	X月 X日	タケキャブ錠10mg	1錠	28			A
	催眠鎮静剤, 抗不安剤	X月 X日	エスゾピクロン錠2mg「サワイ」	1錠	28	○		A
	混合ビタミン剤(ビタミンA・D混合製剤を除く。)	X月 X日	シグマビタミン配合カプセルB25	3カプセル	28			A
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	SG配合顆粒	3g	7	○		A
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	ジクロフェナクNa錠25mg「トーフ」	10錠	1			A
	下剤, 浣腸剤	X月 X日	センノシド錠12mg「サワイ」	2錠	14			A
	含嗽剤	X月 X日	ポビドンヨードガーグル7%「日医工」	30mL	1			A
	催眠鎮静剤, 抗不安剤	X月 X日	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」	2錠	28	○		A
	消化性潰瘍用剤	X月 X日	ネキシウムカプセル10mg	1カプセル	28			A
	総合感冒剤	X月 X日	トーフチーム配合顆粒	3g	7	○		A
	止しゃ剤, 整腸剤	X月 X日	ビオスリー配合錠	6錠	28	○		A
	制酸剤	X月 X日	マグミット錠330mg	3錠	28	○		A
	精神神経用剤	X月 X日	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	3錠	28	○		A
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	SG配合顆粒	3g	14	○		B
	消化性潰瘍用剤	X月 X日	セルベックスカプセル50mg	3カプセル	14		○	B
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	ロキソニン錠60mg	3錠	14		○	B
	漢方製剤	X月 X日	コタロー大建中湯エキス細粒	9g	5			B
	止しゃ剤, 整腸剤	X月 X日	ピオフェルミン錠剤	3錠	7	○		B
	その他のアレルギー用薬	X月 X日	ビラノア錠20mg	1錠	14	○		B
	精神神経用剤	X月 X日	デパス錠0.5mg	1錠	14	○	○	B
	止しゃ剤, 整腸剤	X月 X日	フェロベリン配合錠	3錠	7		○	B
	催眠鎮静剤, 抗不安剤	X月 X日	エスゾピクロン錠2mg「トーフ」	1錠	14	○		B
	抗てんかん剤	X月 X日	テグレトール錠200mg	1錠	30		○	C
	その他の中枢神経系用薬	X月 X日	デエビゴ錠5mg	2錠	30			C
	抗てんかん剤	X月 X日	セレニカR錠400mg	2錠	30			C
	抗てんかん剤	X月 X日	リボトリール錠1mg	1錠	10			C
	催眠鎮静剤, 抗不安剤	X月 X日	サイレース錠2mg	1錠	30	○	○	C
	その他のアレルギー用薬	X月 X日	オノンカプセル112.5mg	4カプセル	30		○	D

このお知らせは、**多くのお薬を服用されている方へ** お送りしています。多くのお薬が処方されていると、同じ成分の薬や飲み合わせが悪い等、身体に良くない問題が発生しやすくなること分かっています。



お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけの医師・かかりつけの薬剤師にご相談ください。

ご自身の判断による服用の中止はお止めいただくようお願いいたします。

薬剤種類	長期服薬
36	23

あなたが受診した医療機関とお薬の処方を受けた薬局

グループ	医療機関名	薬局名	薬剤種類	長期服薬
A	〇〇区役所前クリニック	〇〇〇薬局 〇〇区役所前店	13	9
B	〇〇〇〇クリニック	<院内処方>	9	6
C	医療法人社団 〇〇会 〇〇〇〇〇クリニック	<院内処方>	5	4
D	△△クリニック	〇〇〇薬局 〇〇区役所前店	4	4
その他	-	-	5	0

★：かかりつけ薬剤師

複数の医療機関で処方された、成分が同一または類似のお薬

	グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	A	X月 X日	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	3錠	28
	B	X月 X日	デパス錠0.5mg	1錠	14
2	A	X月 X日	エスゾピクロン錠2mg「サワイ」	1錠	28
	A	X月 X日	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」	2錠	28
	B	X月 X日	エスゾピクロン錠2mg「トーフ」	1錠	14
	C	X月 X日	サイレース錠2mg	1錠	30
	D	X月 X日	エスゾピクロン錠2mg「サワイ」	1錠	30

併用時に注意が必要なお薬

ご自身の判断により服用を中止せず、かかりつけ医師・かかりつけ薬剤師にご相談ください。

	グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	A	X月 X日	トーフチーム配合顆粒	3g	7
	B	X月 X日	SG配合顆粒	3g	14
2	A	X月 X日	トーフチーム配合顆粒	3g	7
	B	X月 X日	SG配合顆粒	3g	14
3	A	X月 X日	SG配合顆粒	3g	7
	A	X月 X日	トーフチーム配合顆粒	3g	7

- このお知らせは、XXXX年X月 時点の情報を基に作成しております。
- あなたに処方された過去Xヶ月のお薬について記載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、実際に処方されたお薬と異なる場合があります。
- お薬の数が多い場合には、すべての医療機関・薬局、お薬が記載されない場合があります。
- グループに「その他」と記載されているものは、グループ一覧に表示されていない医療機関・薬局で処方されたお薬です。
- 転医したときには、転医前と後の医療機関・薬局が記載される場合があります。
- 長期服薬は、内服を合計14日以上飲まれているお薬が対象となります。