



下の症状が一つでも当てはまる場合は、
お薬が原因の可能性がります。

 <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
医師・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。

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の問題が起こる可能性があります。
この「お知らせ」と「お薬手帳」を持って、かかりつけの医師・薬剤師にお薬について確認してもらいましょう。

相談に行く日を下記にご記入ください！

相談に行く日： 月 日
病院・薬局名：

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）

0120-505-518 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。



不明点はスマホで
こちらを読み取り
ご確認ください。

岡山県医師会・岡山県薬剤師会・岡山県後期高齢者医療広域連合 お問い合わせ番号：0000000001

〒123-4567 00001#

△△市□□1 - 2 - 3

サンプル 花子 様



0000000001

岡山県後期高齢者医療広域連合

〒700-0975

岡山県岡山市北区今二丁目2番1号

お薬に関するお知らせ

このお知らせは、服用しているお薬の数や種類が多い方、
または、飲み合わせや長期服用により
注意が必要なお薬がある方へお送りしています。

この「お知らせ」を持って、かかりつけの医師や、
お近くの薬局にご相談ください。



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
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	ノイロトロピン錠4単位	4錠	35			A
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14	○		D
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7	○		B
	眼科用剤	X月 X日	ヒアレイン点眼液0.1% 5mL	3瓶	1		○	C
	眼科用剤	X月 X日	タプロコム配合点眼液	5mL	1		○	C
	眼科用剤	X月 X日	ジクアスLX点眼液3% 5mL	3瓶	1			C
	血管拡張剤	X月 X日	ニコランジル錠5mg「サワイ」	2錠	30			B
	血管拡張剤	X月 X日	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	1錠	30			B
	寄生性皮膚疾患用剤	X月 X日	ルリコンクリーム1%	30g	1		○	A
	寄生性皮膚疾患用剤	X月 X日	アスタット軟膏1%	300g	1		○	A
	止血剤	X月 X日	アドナ錠30mg	2錠	30		○	B
	止血剤	X月 X日	トランサミン錠250mg	3錠	7		○	B
	糖尿病用剤	X月 X日	ジャディアンス錠10mg	1錠	30			B
	糖尿病用剤	X月 X日	レパグリニド錠0.5mg「サワイ」	3錠	30			B
	その他のアレルギー用薬	X月 X日	エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」	1錠	35			A
	その他のアレルギー用薬	X月 X日	ピラノア錠20mg	1錠	35			A
	催眠鎮静剤、抗不安剤	X月 X日	ユーロジン1mg錠	1錠	30		○	B
	総合感冒剤	X月 X日	ピーエイ配合錠	3錠	7	○		B
	鎮暈剤	X月 X日	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「トーワ」	15錠	1			A
	血圧降下剤	X月 X日	カルベジローレル錠10mg「DSEP」	1錠	30			B
	止しゃ剤、整腸剤	X月 X日	ミヤBM錠	3錠	35			A
	制酸剤	X月 X日	酸化マグネシウム錠500mg「ケンエー」	3錠	35			A
	下剤、浣腸剤	X月 X日	センノシド錠12mg「トーワ」	2錠	35			A
	その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬	X月 X日	ナフトビジルOD錠75mg「杏林」	1錠	35			A
	外皮用殺菌消毒剤	X月 X日	イソジン液10%	20mL	1		○	E
	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	X月 X日	アンテベート軟膏0.05%	300g	1			A
	その他の血液・体液用薬	X月 X日	クロピドグレル錠25mg「SANIK」	1錠	35			A
	他に分類されない代謝性医薬品	X月 X日	アルツディスポ関節注25mg 1%2.5mL	1筒	2		○	E

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が分かっています。

お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけの医師・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
30	18

あなたが受診した医療機関とお薬の処方を受けた調剤薬局

グループ	医療機関名	調剤薬局名	薬剤種類	長期服薬
A	〇〇総合クリニック	〇〇薬局	14	10
B	××内科クリニック	△△薬局	10	7
C	△△医院	××薬局	3	0
D	□□整形外科	<院内処方>	1	1
E	□□整形外科	<院内投与>	2	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	B	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7
	D	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14
2	B	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	7
	B	X月 X日	ピーエイ配合錠	3錠	7
	D	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14

一緒に服用すると、効き目が強くなったり、または逆に弱くなることのあるお薬の飲み合わせ

ご自身の判断により服用を中止せず、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	B	X月 X日	ピーエイ配合錠	3錠	7
	D	X月 X日	カロナール錠300 300mg	3錠	14

- 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XX日以上飲まれているお薬が対象となります。