



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。



眠気



気分の
落ち込み



物忘れ



頭が
ボーとする



食欲低下



ふらつき、
めまい



おしっこが
出にくい



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。

お願いしたいこと

手順 ❶ この通知物とお薬手帳を準備

② かかりつけの薬局（または医師）に相談

持ち物： ☒ マイナ保険証等 ☒ 本通知物 ☒ お薬手帳

相談する薬局をお悩みの場合は中面右ページに記載のある
リストからお選びください

※この「お知らせ」は服用しているお薬の数と種類が多い方にお送りしています。

この「お知らせ」に関するお問合せは、サポートデスク（通話料無料）

通話料
無 料

0120-836-083

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)データホライズンまたは(株)DeNAビジネスコミュニケーションズに委託しています。

123-4567

△△市□□1 - 2 - 3

00001#

サンプル 花子 様



0000000001

坂出市 健康福祉部 けんこう課 保険医療係
 〒762-8601 香川県坂出市室町2丁目3番5号
 TEL: 0877-44-5006

● ● ● ●
そのお薬、
薬のプロに相談しませんか？



あなたのお薬情報は中面をご覧ください。

【坂出市薬剤師会 協力】

このページをかかりつけの薬局(または医師)にご提示ください。

※専門的な知識が必要な為、自己判断での服用中止はお止めいただくようお願いします。



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	ビラノア錠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

お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけの薬局
(または医師)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が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、かかりつけの薬局(または医師)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。