

「あなたのお薬情報」と「おくすり相談」のご案内

令和6年7月
福井県後期高齢者医療広域連合

同封の「あなたのお薬情報」は、令和6年1月から令和6年3月の診療情報をもとに、2医療機関以上から合わせて10種類以上の薬が2週間以上処方されており、薬の重複や飲み合わせに注意が必要な方へお送りしています。

◎保険薬局等で相談を希望される方

かかりつけ医師・かかりつけ薬剤師に
「あなたのお薬情報」と「お薬手帳」を持参し、ご活用ください。

かかりつけ医師・かかりつけ薬剤師に、すべての薬を知ってもらったうえで、適切に処方・調剤をしてもらうことが大切です。「あなたのお薬情報」を見せ、同じ成分の薬や飲み合わせの悪い薬が処方されていないかなどの確認をしてもらいましょう。

◎訪問による相談を希望される方

ご自宅への訪問相談を希望される場合は、以下の電話番号にてお申し込みください。

福井県後期高齢者医療広域連合では、福井県薬剤師会と連携し、薬剤師による「おくすり相談」を行っています。この「おくすり相談」は、かかりつけ医師とも連携しながら実施します。

訪問による
「おくすり相談」の
お申込みはこちら

福井県後期高齢者
医療広域連合

☎0776-54-6330

受付時間 / 8:30～17:15（土・日・祝日・年末年始を除く）

申込期限 / 令和6年8月9日（金）

複数の医療機関に受診されている場合、同じ成分の薬や薬同士の飲み合わせが悪い等の問題が起こる場合があります。それらを防ぐため、同じ病気で複数の医療機関を受診することは控えましょう。

このお知らせに関する
お問合わせはこちら

サポートデスク

☎0120-582-552

受付時間 / 10:00～17:00（土・日・祝日・年末年始を除く）

ご相談いただいた内容は記録し、福井県後期高齢者医療広域連合に報告されます。

お預かりした情報は本事業にのみ使用し、福井県後期高齢者医療広域連合において厳重に管理します。

「あなたのお薬情報」の見方

①同じ効能の医薬品数
が多い順

②調剤日
の降順

③医薬品
コード順

| 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 | タケキャップ錠10mg | 1錠 | 28 | | | A |
| | 催眠鎮静剤、抗不安剤 | X月 X日 | エスゾクロン錠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 タン配 | 3粒 | 28 | | | A |
| | 解熱鎮痛消炎剤 | X月 X日 | SG配合 | 1錠 | 7 | ○ | | A |
| | 解熱鎮痛消炎剤 | X月 X日 | ジクロフェナクNa錠25mg「トーワ」 | 10錠 | 1 | | | A |

28明細まで記載されます。

29明細以降は非表示になります。

5医療機関までは A～E でグループ分けされます。

6医療機関以上ある場合は、5医療機関以降にその他が記載されます。

受診された医療機関とお薬を処方した薬局を記載しています。

お薬が医療機関から処方された場合は、薬局欄に「院内処方」が記載されます。

また、医療機関で投与されたお薬がある場合は、薬局欄に「院内投与」が記載されます。

明細は28明細までしか記載されませんが、
処方された全てのお薬の合計が記載されます。

| 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 | - | - | | |

受診された医療機関別の
合計が記載されます。

6医療機関以上ある場合は、5医療機関以降を
その他としてまとめます。

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

成分が同一または類似のお薬のグループは
8明細まで記載されます。

| 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 | 2錠 | 28 |
| B | X月 X日 エスゾピクロン錠2mg「トーワ」 | 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 トーワチーム酔玉颗粒 | 3g | 7 |
| | B | X月 X日 SG配合颗粒 | 3g | 14 |
| 2 | A | X月 X日 トーワチーム酔玉颗粒 | 3g | 7 |
| | B | X月 X日 SG配合颗粒 | 3g | 14 |
| 3 | A | 見本 | 3g | 7 |

お薬の飲み合わせのグループは6明細まで記載されます。