

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。



|||||

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2番1  
福井県自治会館5階 TEL:0776-54-6330

福井県後期高齢者医療広域連合からののお知らせです。

● ● ● ●  
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。

かかりつけの  
薬剤師に

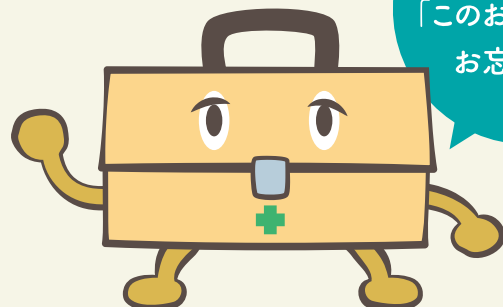
「このお知らせ」と「お薬手帳」を  
持ってご相談ください。

10月31日(金)までに  
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11月以降、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)データホライズンに委託しています。

※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。

●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】

藥局名(

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

☐重複投薬

□薬の管理状況・残薬など

☐ その他 (

### □ 併用禁忌

☐ 多剤服用

10月31日(金)までに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11月以降、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。

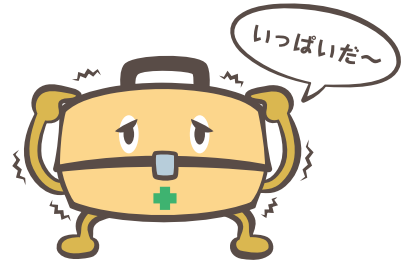
| 残薬 | 効 能              | 調剤日   | 医 薬 品 名                 | 数 量  | 回数・日数 | 同 | GE | グループ |
|----|------------------|-------|-------------------------|------|-------|---|----|------|
|    | 解熱鎮痛消炎剤          | X月 X日 | ノイロトロピン錠4単位             | 4錠   | 35    |   |    | A    |
|    | 解熱鎮痛消炎剤          | X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L X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    |

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・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    |
|   |      |       |                 |     |       |
|   |      |       |                 |     |       |
|   |      |       |                 |     |       |

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 | 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。