



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。

※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。

 <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

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。

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、かかりつけ薬剤師にお薬について確認してもらいましょう。

このお知らせをかかりつけ薬局へお見せください

わたしの薬を減らすことができるか相談を  
(希望します・希望しません)

「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)

0120-512-909 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。

この通知書の送付を希望されない方は下記までご連絡ください。

富山市福祉保健部保険年金課 TEL 076-443-2064

〒123-4567

△△市□□1-2-3

サンプル 花子 様



0000000001



富山市福祉保健部保険年金課  
〒930-8510 富山県富山市新桜町7-38  
TEL: 076-443-2064 FAX: 076-443-1260

## 富山市からお薬のお知らせ

毎日のお薬を減らしたいと思っているみなさまへ

かかりつけ医やかかりつけ薬局に  
相談してみましょう

	カプセル	?	個
	錠剤	?	錠
	粉薬	?	包

あなたのお薬情報は中面をご覧ください。

# 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
	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

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

## かかりつけの医師や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

## 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	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。