



# 「ポリファーマシー」とは…

服用する薬が増えることで副作用が起こったり、お薬が飲めなくなったりする状態のことです。

## \\ こんな症状はありませんか? //

<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"/> 頭がぼーっとする
<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

ひとつでも当てはまる場合は、お薬が原因の可能性がります。

多くのお薬が処方されていると、同じ成分の薬が重複したり、飲み合わせが悪いなど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」をかかりつけの薬剤師へご持参ください。

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：

このお知らせは、松山市から委託を受け、(株)データホライズンが作成・送付しています。  
このお知らせに関するお問い合わせや、今後送付を希望されない場合は下記までご連絡ください。

【松山市 保険給付・年金課(保健事業担当)】

TEL 089-948-6375

お問い合わせ番号：0000000001

〒123-4567

△△市□□1-2-3

サンプル 花子 様



0000000001

松山市役所 保険給付・年金課  
〒790-8571 松山市二番町四丁目7-2  
TEL: 089-948-6375 FAX: 089-934-2631

松山市からお薬に関する重要なお知らせ

# 「ポリファーマシー」 ってご存じですか?



# 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

あなたが服用しているお薬についてお知らせします。

お薬を安心・安全にご使用いただくため

## かかりつけの薬剤師へのご相談をおすすめします。



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	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。