

Check

「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。

※処方されているお薬の相性によっては、下記のような

身体に不調を招いたり、副作用のリスクが高まる場合があります。

\\ こんな症状はありませんか？ //



☒ 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

ひとつでも当てはまる場合は、お薬が原因の可能性があります。

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(薬局)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)データホライゾンが作成・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

00001#

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」 って知っていますか？

- ・ポリファーマシーについての詳細は【裏面をご覧ください】
- ・お薬に関する重要なお知らせは【見開きをご覧ください】



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
	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

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（薬局）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。