

長野県後期高齢者医療広域連合委託事業「適正服薬推進事業」
服薬指導結果報告書

被保険者が持参する「服薬情報通知書」及びお薬手帳をご覧ください、必要に応じて処方状況の確認や服薬指導をお願いします。

服薬内容の相談後、下記回答フォームから患者ごとに指導結果の報告をお願いします。

回答フォーム : <https://forms.gle/ivJfT8WH2Y6vZMh86>

※回答フォームからの報告が難しい場合は、長野県薬剤師会事務局あて
FAXでご提出をお願いします。(FAX:0263-34-0075)



受付期間：令和7年12月10日（水）まで

■所属地域薬剤師会（または薬局所在市町村名）

※長野県薬剤師会に所属していない場合は、薬局所在地市町村名をご記入ください。

貴薬局名

担当者名

■指導結果

患者通し番号

※患者が持参した「長野県期高齢者医療広域連合からお薬に関するお知らせ」（A3二つ折り）に記載があります。
（例：12345#）

相談受付日 令和 年 月 日

指導対象事象 該当するものに☑をお願いします（複数回答可）。

- ☐ 1. 併用禁忌 ☐ 2. 同一成分 ☐ 3. 同種同効 ☐ 4. 高齢者に慎重投与すべき医薬品
☐ 5. その他（ ） ☐ 6. 該当なし

指導内容 該当するものに☑をお願いします

①お薬手帳について

- ☐ 1. ご持参（一冊） ☐ 2. ご持参（複数） ☐ 3. お忘れ ☐ 4. その他（ ）

②指導内容・改善内容について

- ☐ 1. 処方内容を妥当と判断し終了 ☐ 2. 医師に情報提供した
- ☐ 3. 相互作用、SEチェックし注意事項等指導

③継続指導の要否

- ☐ 1. 継続した指導が必要 ☐ 2. 指導終了

ご意見等ございましたらご記入ください。

お問い合わせ先

【長野県薬剤師会】TEL 0263-34-5511

【長野県後期高齢者医療広域連合】TEL 026-229-5320

ご協力ありがとうございました。