



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あります。

☒ 眠気

☒ 気分の落ち込み

☒ 物忘れ

☒ 頭がボーっとする

☒ 食欲低下

☒ ふらつき、めまい

☒ おしっこが出にくい

☒ 便秘

※ご自身の判断による服用の中止はおやめいただくようお願いします。

かかりつけ薬剤師・薬局に

この「お知らせ」と「お薬手帳」と  
同封の「服薬指導結果報告書」を  
持ってご相談ください。

同じ成分の薬や薬どうしの飲み合わせが悪いなど、好ましくないケースがあります。

この「お知らせ」に関するお問合せは、サポートデスク（通話料無料）  
通話料 0120-836-083 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）データホライゾンまたは（株）DeNAビジネスコミュニケーションズに委託しています。

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。  
長野県後期高齢者医療広域連合 保健事業室 TEL 026-229-5320

〒123-4567 患者通し番号： 00001#  
△△市□□ 1 - 2 - 3  
サンプル 花子 様  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
0000000001



長野県後期高齢者医療広域連合  
保健事業室  
〒380-0935 長野県長野市大字中御所79-5  
NOSAI長野会館2階

長野県後期高齢者医療広域連合から  
お薬に関するお知らせ

お薬の飲み合わせを正しく確認するために  
この「お知らせ」を持ってかかりつけ薬剤師・  
薬局にご相談ください。

※ご自身の判断による服用の中止はおやめいただくよう  
お願いします。

|  |      |   |   |
|--|------|---|---|
|  | カプセル | ? | 個 |
|  | 錠剤   | ? | 錠 |
|  | 粉薬   | ? | 包 |

あなたのお薬の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 |
|----|------------------|-------|-------------------------|------|-------|---|----|------|
|    | 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    |

同じ成分の薬や薬どうしの飲み合わせが悪いなど、好ましくないケースがあります。

お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけ薬剤師・薬局にご相談ください。



ご自身の判断による服用の中止はおやめ  
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保険薬局

| グループ | 医療機関名     | 保険薬局名  | 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・薬局にご相談ください。

|   | 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。