

やってみませんか？

お薬チェック

お薬の飲み合わせや重複などの
確認を医師や薬剤師がお手伝いします

すべての薬を見た場合、同じ成分の薬や飲み合わせが悪い等の
可能性があるため、
※ご自身の判断による服用中止はお止めください。

薬剤種類	長期服薬
36	23

薬剤種類	長期服薬
13	9
6	6
4	4

〒123-4567
△△市□□1-2-3
サンプル 花子 様

0000000001

〇〇市役所 〇〇〇〇課
〒000-0000 〇〇市〇〇区〇〇町 〇〇〇
TEL: 000-000-0000 FAX: 000-000-0000

〇〇市から お薬に関するお知らせ

お薬の飲み合わせを確認するために
この「お知らせ」を持って
かかりつけの病院・薬局にご相談ください。
※ご自身の判断による服用中止はお止めください。



「お薬に関するお知らせ」を
受け取られた皆様

ぜひこのお知らせを
かかりつけの
病院や薬局へ!

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	シグマビタン配合カプセルB25	3カプセル	28			B
	解熱鎮痛消炎剤	X月 X日	SG配合顆粒	3g	7	○		C
	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			D
	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	○		B
	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			B
	総合感冒剤	X月 X日	トーフチーム配合顆粒	3g	7	○		C
	止しゃ剤, 整腸剤	X月 X日	ビオスリー配合錠	6錠	28	○		C
	制酸剤	X月 X日	マグミット錠330mg	3錠	28	○		C
	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		○	A
	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	○		A
	その他のアレルギー用薬	X月 X日	ビラノア錠20mg	1錠	14	○		その他
	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		○	D
	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	○		A
	抗てんかん剤	X月 X日	テグレトール錠200mg	1錠	30		○	B
	その他の中枢神経系用薬	X月 X日	デエビゴ錠5mg	2錠	30			その他
	抗てんかん剤	X月 X日	セレニカR錠400mg	2錠	30			その他
	抗てんかん剤	X月 X日	リボトリール錠1mg	1錠	10			A
	催眠鎮静剤, 抗不安剤	X月 X日	サイレース錠2mg	1錠	30	○	○	D
	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		○	A

服用しているすべての薬を見た場合、同じ成分の薬や飲み合わせが悪い等の問題が生じている可能性があります。

お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけの病院・薬局にご相談ください。

※ご自身の判断による服用中止はお止めください。

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、2024年5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4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。

「お薬に関するお知らせ」を受け取られた被保険者様へ

広島県市町国民健康保険

通知を受け取られた被保険者様へ

このお知らせは、服用（使用）されていた薬の情報を記載しています。複数の医療機関に受診されている場合、それぞれの医療機関等では、処方薬について適切な管理がなされていますが、服用していたすべての薬を見た場合、同じ成分の薬や薬同士の飲み合わせが悪い等の問題が生じている可能性があります。

それらを防ぐためにお薬手帳を一冊にまとめ、かかりつけの病院や薬局にすべての薬剤を知ってもらった上で、適正に処方してもらうことが大切です。

そこで、お送りした「お知らせ」と「お薬手帳」を持って、かかりつけの医師や薬剤師にご相談ください。

医療機関・薬局の皆様方へ

広島県市町国民健康保険の保健医療行政については、日頃から御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、被保険者様（患者様）に「お薬に関するお知らせ」を送付する事業を実施します。このお知らせは、複数の医療機関から、重複する薬剤や多数の薬剤を処方されている被保険者様（患者様）※に発送しています。

つきましては、当該お知らせを持参された被保険者様から相談があった場合は、服薬状況を御確認いただき、必要に応じて処方や疑義照会等を検討くださるようお願いいたします（必ずしも処方内容の変更が必要というわけではありません。）。

なお、お知らせの記載内容は、裏面のとおりです。

※ 抽出条件

- ・ 重複服薬として、1か月に14日以上の内服薬を複数の医療機関から2種類以上処方され、その月の同系医薬品の服用期間が重複している方
- ・ 多剤服薬として、1か月に14日以上の内服薬を複数の医療機関から6種類以上処方されている方

【本お知らせの記載内容に関するお問い合わせ先】

事業委託先：株式会社データホライゾン

受付期間：令和6年10月1日から令和7年3月31日

受付時間：10：00～17：00 土・日・祝日・年末年始を除く

電話番号：0120-512-909（フリーダイヤル）

「お薬に関するお知らせ」の見方

① 同じ効能の医薬品数が多い順

② 調剤日の降順

③ 医薬品コード順

■「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	タケキゾ錠100	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顆粒	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「トローワ」	10錠	1			A

28明細まで記載されます。
29明細以降は非表示になります。

5医療機関まではA~Eでグループ分けされます。
6医療機関以上ある場合は、5医療機関以降にその他が記載されます。

明細は28明細までしか記載されませんが、処方された全てのお薬の合計が記載されます。

受診された医療機関とお薬を処方した薬局を記載しています。
お薬が医療機関から処方された場合は、薬局欄に「院内処方」が記載されます。
また、医療機関で投与されたお薬がある場合は、薬局欄に「院内投与」が記載されます。

受診された医療機関別の合計が記載されます。

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

6医療機関以上ある場合は、5医療機関以降をその他としてまとめます。

成分が同一または類似のお薬のグループは8明細まで記載されます。

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	デバス錠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「EMF」	2錠	28
	B	X月 X日	エスゾピクロン錠2mg「シロフ」	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

	グループ	調剤日	医薬品名	数量	回数・日数
1	A	X月 X日	トローワチーム配合顆粒	3g	7
	B	X月 X日	SG配合顆粒	3g	14
2	A	X月 X日	トローワチーム配合顆粒	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	SG配合顆粒	3g	7

お薬の組み合わせのグループは6明細まで記載されます。