

CHECK

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止めいただくようお願いします。

お願いしたいこと

かかりつけ医師・薬剤師がいる方

手順 ① この通知物とお薬手帳を準備

手順 ② かかりつけの医療機関・薬局に相談

手順 ③ 予約した日時に医療機関へ訪問する

持ち物：☒ マイナ保険証または資格確認書
☒ 本通知物 ☒ お薬手帳

かかりつけ医師・薬剤師がいない方・健康面でお困りの方

→ 訪問服薬サポート **相談無料**

渋谷区薬剤師会の薬剤師が、あなたのご自宅に訪問して服薬アドバイスを行います。

手順 ① 申込書に記入し、返信用封筒で送付(10月30日まで)

手順 ② 訪問日の日時をご相談
ご相談はお電話で行います。

手順 ③ 訪問服薬サポート実施

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）
通話料無料 0120-512-909 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。
【委託元】渋谷区役所 区民部 国民健康保険課 経理係 TEL 03-3463-1768(平日8:30～17:00)

〒123-4567 00001#
△△市□□1 - 2 - 3
サンプル 花子 様
0000000001



【委託元】
渋谷区役所 区民部 国民健康保険課 経理係
〒150-8010 東京都渋谷区宇田川町1-1
TEL: 03-3463-1768 (平日8:30～17:00)

渋谷区からお薬に関する大切なお知らせ

お薬を処方されているみなさまへ

重複服薬・多剤服薬の可能性あります。
この「お知らせ」をもってお近くの、
もしくはかかりつけの医療機関・薬局にご相談ください。

このご案内は
令和8年1月～令和8年3月分の診療報酬明細書(レセプト)を基に
次の条件に該当する方にお送りしています。

- **重複服薬** 複数医療機関から同一薬効の薬剤を2種類以上処方されている方
- **多剤服薬** 10剤以上の薬剤を処方されている方

 **あなたのお薬情報は中面をご覧ください。**

このページを医師もしくは薬剤師にご提示ください。

※専門的な知識が必要な為、自己判断での服用中止はお止めいただくようお願いします。



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

お薬の安心・安全なご使用のため

かかりつけ医師・
かかりつけ薬剤師に
ご相談ください。



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、かかりつけ医師・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。