

このお知らせを受け取った方へ

(表面)

このお知らせを薬剤師に渡して 相談してください

飲むお薬が多くなると体に負担がかかる場合があります

このお知らせは、飲んでいるお薬が多い方や似たお薬をいくつも受け取っている方にお渡ししています。お薬が多くなるほど副作用が出やすくなるなど、お体に負担がかかる場合があります。

1

いつもの薬局にこのお知らせとお薬一覧をもっていく

2

薬剤師に確認してもらう

3

お薬のことで気になることがあれば薬剤師に相談する

どうふう

同封のお薬一覧と、このお知らせをもって、お薬をもらっている薬局にいつてください。

薬剤師にこのお知らせとお薬の一覧を渡して、お薬について相談しましょう。

気になることをチェックしましょう

☐ 薬の効果

☐ 薬の副作用

☐ 薬の飲み合わせ

☐ 市販品・サプリメント

☐ 薬が多いこと

☐ その他()

☐ 特になし

薬局の皆さまへ

本お知らせを持参された患者様は、別紙の薬剤一覧のとおり、複数の医療機関においてお薬が処方されており、飲み合わせや重複のリスクが高い方です。

患者様が医薬品を適正に使用できるよう、服薬状況等についてご確認いただき、必要に応じて、処方医に処方内容に係る照会・相談をいただきますようお願いいたします。

また、ご対応いただいた結果を、裏面に記載いただき、郵送・FAXにて返却をお願いします。

こちらの面を、**薬局において記載** いただき
郵送・FAXにて福祉事務所に返却してください。

(裏面)

記入日： 年 月 日

薬局名：

薬剤師名：

連絡先：

受給者番号：

患者氏名：

当てはまるものにチェックをお願いします

☐ 処方内容や服薬状況等について問題はありません

☐ 処方内容や服薬状況等について問題が認められたため、服薬管理方法に関する指導をしました
具体的な指導内容を下記備考欄に記入ください。

☐ 薬剤師の疑義照会により処方医の同意を得て処方内容が変更され、合計(のべ) 種類の薬剤が減少しました

処方内容が変更され、減少した薬剤の種類数を記入ください。
減少した薬剤(商品名)について、以下に記載ください。なお、薬局独自の報告様式がある場合、その様式を活用いただいて差し支えありません。

商品名	処方医療機関(任意)

※商品名についてはシールを貼付することでも差し支えありません。

☐ 処方内容や服薬状況等について問題が認められたものの、改善に至りませんでした
改善に至らなかった理由を下記備考欄に記入ください。
(例：他の医療機関で処方内容の変更が必要、患者が指導を拒否した 等)

備考(福祉事務所への伝達事項)

お問い合わせ先

〇〇福祉事務所 連絡先:00-0000-0000
住所:

(FAX): 00-0000-0000

別添として、
生活保護等版レセプト管理システム
を活用するなどして作成した、
当該者の処方・投与された薬剤の
一覧表を添付