



！ かかりつけの医師・薬剤師に「このお知らせ」と「お薬手帳」を持ってご相談ください。

広域 太郎 様

被保険者番号 09999999
通知管理番号 B01-0001



このお知らせを手にしたあなたへ

このお知らせは、服用しているお薬の数や種類の多い方、または、飲み合わせや長期服用により注意が必要なお薬がある方にお送りしています。かかりつけ医師・薬剤師に確認してもらいましょう。

なお、自己判断での服薬中止は絶対にしないでください。

かかりつけ医師・薬剤師の方へ

以下の情報は、お薬手帳には記載のない患者様の医療情報が含まれます。治療、処方の参考としていただければ幸いです。

受診した医療機関と処方を受けた薬局

2025年5月1日～5月31日、5件中5件を表示しています

医療グループ	医療機関名	薬局名
A	公立大学法人 ○○○○大学医学部附属病院	○○○○薬局△△△駅前店
B	医療法人社団 □□□クリニック	ドラッグストア○○ △△△店
C	医療法人社団 △△内科・循環器科クリニック	□□□□□□薬局
D	医療法人○○会 △△△△病院	ヘルスケア○○○○ △△△店
E	○○○○○○○○○医院	△△△△薬局 ○○○店

健康診断結果

2024年6月に受けた健康診断結果より掲載しています

BMI	32.1	最高血圧	160 mmHg	最低血圧	90 mmHg
血清クレアチニン	4.6 mg/dl	eGFR	19 mL/min/1.73m ²	尿蛋白	(一)
総コレステロール	130 mg/dl	HDL	35 mg/dl	LDL	160 mg/dl
HbA1c	6.8 %	空腹時血糖	102 mg/dl	γGTP	15 U/L
				空腹時中性脂肪(TG)	180 mg/dl
				ALT(GPT)	19 U/L

① 傷病名・検査値に確認が必要な薬品名

4件中、4件分を表示しています

医療グループ	傷病名/検査値	医療グループ	薬品名
B	←左記医療機関の付与した傷病名	A	ジプレキサ錠 10mg
診	eGFR ≤ 30	A	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 「DSEP」
診	血清クレアチニン値 ≥ 3.0mg/dl	E	ミカムロ配合錠 AP
B	←左記医療機関の付与した傷病名	D	アクトス錠 15

医薬品の添付文書に従い記載しています。

② 併用時に確認が必要な薬品名

2件中、2件分を表示しています

医療グループ	薬品名	医療グループ	薬品名
A	ベルソムラ錠 10mg	C	イトラコナゾール錠 50mg
B	タンボコール錠 50mg	D	ベタニス錠 50mg

③ 同一成分

4件中、2件分を表示しています

医療グループ	薬品名	成分名
B	センノシド錠 12mg 「YD」	センノシドA・Bのカルシウム塩
D	プルゼニド錠 12mg	
B	マイスリー錠 10mg	ゾルピデム酒石酸塩
C	ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg 「AA」	

④ 同種同効

8件中、2件分を表示しています

医療グループ	薬品名	薬効名
B	アゾセミド錠 30mg 「JG」	利尿薬
D	スピロノラクトン錠 25mg 「KK」	
B	ルパフィン錠 10mg	全身性抗ヒスタミン薬
C	ジルテック錠 10	

⑤ 長期継続処方（6か月で120日以上服用）

3件中、1件分を表示しています

医療グループ	薬品名	薬効名
A	50mg アリナミンF糖衣錠	ビタミンB1単味剤

必要な治療に基づく処方の場合もありますので、必ずかかりつけの医師・薬剤師に確認してもらいましょう。この通知はレセプトデータの分析により作成されていますが、仕様上、レセプトと紙面で表記が異なる場合があります。また、お薬の件数が多い場合には、掲載しきれていないことがあります。

※医療機関と薬局をまとめたグループです。お薬名などから問い合わせ先を調べる際に活用ください。