

# 岩手県薬剤師会事務局 fte FAX 019-653-2273

回答期限:令和8年2月28日(土)

# 服薬相談についての報告書

通知書を持参された方への貴薬局における対応結果等について、該当項目全てにチェック☑及び記載願います。

	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-+: o : /+	<u>、こと口体いとか</u> しませ
通知書通し番号	あなたの健康に関する		こちらのフォームからも回答いただけます。	
		大切なお知らせです	<u></u>	
(通知書の宛名左側のお知ら		重要	<b>報</b> <b>2.27</b> 3.27	790 (1881) 200 (1895)
せ作成日の下部に記載の【#		今すぐ内容をご覧ください	330	COCCACA Vericon Coccaca
で終わる5桁の数字】を記載   してください。)	амб-чтиме 2000.4 кихив 00001#			
0 ( 1/2 ( 1/6 )	https://medcas.typeform.com/iwate07			
   薬局で対応した日	令和 年	月 日	対応した薬剤師名	
対応薬局名				所在する市町村名 
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\				
通知書記載項目の	□1. 傷病名·検査値	□2.併用禁忌	□3. 同一成分 [	□4. 同種同効
うち対応したもの	□5. 長期処方	□6. 多剤		**************************************
被保険者様の意向		」を希望している。	□2. 現在のまま継	続服用を希望している。
	□3. その他( )			
対応内容 (該当項目全てに チェック図願います。)	□1.対応の必要なしと判断した。			
	□2. 通知書に自薬局で把握していない処方薬があり、薬歴に追記した。			
	□3.アドヒアランスを確認した。 □4.残薬の確認を行った。 □5.腎機能を確認した。			
※【対応内容】の「3~11」に チェックされた場合は、 下の【対応結果】にも お答え願います。	□6. 副作用の確認を行った。  □7. 疑義照会を行った。  □8. 処方提案を行った。			
	□9.患者の同意を得て、「服薬情報のお知らせ」の内容を医療機関へ情報提供した。			
	□10. 医療機関への受診・相談を促した。			
	□11. その他(			
対応結果	□1. 当該患者(及び家族等)が医療機関に受診・相談した。			
	□2. 処方が変更となった。(変更内容について、該当する下記の項目全てにチェック ☑ 願います。)			
	□薬剤の中止 □薬剤数の減少 □用量の減量 □処方日数の減少 □用法の変更			
	□剤形の変更 □調剤方法の変更 □その他( )			
	□3. 処方変更なし(理由: )			
患者宅の訪問に ついて(対応時のみ)	□1. 患者宅を訪問する約束をした			
	□2. 患者宅を訪問した(報酬算定あり)			
	□3. 患者宅を訪問した(報酬算定なし)			
本事業通知「服薬情報	□1. 参考になった			
のお知らせ」に対する	(参考になった点: )			
薬剤師(あなた)の感想	□2. 改善が必要 (改善点: )			
を教えてください。	□3. 特になし			

## ※この用紙はかかりつけの薬局・薬剤師にお渡しください。

こちらの用紙は後期高齢者医療制度の被保険者の皆様が、お薬に関しての相談を行っていただく際に、適切な対応を行っていただくために同封しております。薬局・薬剤師にご相談の際は、「届いた封筒と書類一式」と「お薬手帳」をお渡しいただきますようお願いいたします。

### 本通知を持参した被保険者様にご対応いただく薬剤師の皆様へ

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は岩手県後期高齢者医療広域連合の保険事業運営に格別なるご理解を賜り、厚くお礼申し上げます。 当広域連合では、多剤・重複服薬に加え、飲み合わせで確認が必要な方へ本通知を送付し、医師・薬剤師にご相談いただく事業を実施しております。つきましては、被保険者様が本通知を持参された際には、下記をご覧いただき、対応を行っていただきますとともに、対応いただいた場合には、裏面「服薬相談についての報告書」に必要事項を記載のうえ、岩手県薬剤師会事務局にFAX送信または二次元コード、URLより回答フォームに入力いただきますようお願い申し上げます。

#### 【後期高齢者医療制度の被保険者様が来局された際のご対応のお願い】

- 1 被保険者様が「服薬情報のお知らせ」を持参された場合は、「服薬情報のお知らせ」に令和7年7月の服薬内容や確認が必要な薬品名が記載されていますので、現状を踏まえて、必要な指導を行う等、適宜対応願います。
- 2 対応する中で、被保険者様宅への訪問が必要と判断された場合には、被保険者様の同意を得たうえで、在宅訪問について検討(医師への提案を含む)するなど、 課題解決に向けた取り組みをお願いいたします。
- 3 被保険者様に対応した結果について、裏面の「服薬相談についての報告書」を、 岩手県薬剤師会事務局にFAX送信または二次元コード、URL より回答フォーム に入力をお願いいたします。
  - ※被保険者様に対応した都度、随時、報告書のFAX送信、回答フォームへ入力 をお願いします。報告期限は、<u>令和8年2月28日(土)</u>となります。
  - ※被保険者様へ送付した通知書に本用紙を同封しておりますが、当広域連合の HP からも用紙をダウンロードすることができます。

https://iwate-kouiki.jp/category/system/oshirase/

(お知らせ【「重複・多剤投薬者訪問指導等事業」(適正服薬)について】からダウンロードできます。)