



岩手県薬剤師会事務局 行き

FAX 019-653-2273

回答期限: 令和9年1月16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。

※ 本報告書の作成に当たっては、裏面の『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』をご参照いただきますようお願い申し上げます。

通知書通し番号		こちらのフォームからも回答いただけます。	
優先グループ			
		https://medcas.typeform.com/iwate08	
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
通知書記載項目のうち薬局で対応した項目	薬局で対応した項目にチェックを入れてください ☐ 1. 傷病名・検査値 ☐ 2. 併用禁忌 ☐ 3. 同一成分 ☐ 4. 同種同効 ☐ 5. 長期処方		
被保険者様の意向	☐ 1. 減薬・処方の見直しを希望している。 ☐ 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☑願います。) ※【対応内容】の「3～13」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。	☐ 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。 ☐ 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. 漫然投与の確認をした。 ☐ 12. 患者宅を訪問した。 ☐ 13. 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. 処方に変更となった。(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:)		
本事業通知「服薬情報 のお知らせ」に対する 薬剤師(あなた)の感想 を教えてください。	☐ 1. 参考になった (参考になった点:) ☐ 2. 改善が必要 (改善点:) ☐ 3. 特になし		

ご協力いただきありがとうございました。

※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、薬局等で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」をご持参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

1 「服薬情報のお知らせ」には、令和8年3月に処方された医薬品名が記載されていますので、来局時点での処方内容を確認の上で、必要な指導を行う等、適宜対応をお願いします。

2 被保険者様に対応した結果について、被保険者様に対応した都度、岩手県薬剤師会事務局に報告書の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。

報告期限は、令和9年1月16日(土)です。

報告書に、通知書通し番号(5ケタ)が入力してあることを確認願います。

入力されていない場合は、対象者に送付した資材の表紙上部に記載しておりますので、転記願います。

※報告用紙は、当広域連合の HP(<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。

その際には、通知書通し番号(対象者に送付した資材の表紙上部に記載しております)を転記願います。



【参考】優先グループについては以下をご参照ください。

	全体の抽出条件	
	医療機関 2 以上 かつ 薬局 2 以上	
	かつ 14 日以上の内服約8剤以上	
優先 グループ	グループの説明	選定条件(*)
1-1	薬効の重複（同一成分or同種同効）	選定条件該当数 が 3
1-2	かつ選定条件にも該当	選定条件該当数 が 2
2-1	選定条件(*)のうち、 2 つ以上が該当	長期投与、傷病名禁忌、併用禁忌が該当
2-2		傷病名禁忌、併用禁忌が該当
2-4		長期処方、併用禁忌が該当
2-5		長期処方、傷病名禁忌が該当
3-2	選定条件(*)のうち、1 つが該当	併用禁忌だけが該当
3-6		併用禁忌だけが該当
4-1		傷病名禁忌だけが該当
4-3		傷病名禁忌だけが該当
5-1		長期処方だけが該当
5-2		
* 選定条件には、長期処方、傷病名禁忌、併用禁忌の3項目があります。		
優先順位は、 1>2>3>4>5 になります。		
2-1から5-2には、トリプルワーマーまたは抗コリンスケール合計 5 点以上を含みます。		