

會員藥局 各位

「重複・多剤投薬者訪問指導等業務」（岩手県後期高齢者医療広域連合事業）における
勧奨対象者に対する窓口対応等のお願い

さて、昨年 11 月 10 日付文書により標記のお願いを申し上げたところですが、まもなく報告の期限（1 月 3 1 日）となりますことから、勸奨対象者に対して窓口対応等を行った場合には、別紙報告書に必要事項を記入のうえ、忘れずに回答いただきますよう改めてお願い申し上げます。

1 「服薬情報のお知らせ」が届いていないか、お声がけをお願いします。

このご案内は、
岩手県後期高齢者医療広域連合より、複数の医療機関からのおくすりや
服用されている方へ、服薬情報をお知らせするものです。

かかりつけ医もしくはかかりつけ薬局に、同封いたしました、
「服薬情報のお知らせ」をお持ちになられ、
おくすりの見直しにご活用ください。

尚、かかりつけ薬局（一部を除く）には、本案内をお持ちの方について
は、おくすりについてご相談できる様、岩手県後期高齢者医療広域連合
より依頼済みです。

ご希望の方にはご自宅に薬剤師が訪問し、
おくすりに関するご相談をお受けいただく事も可能です。
かかりつけ薬局にて、ご相談ください。
※薬剤師のご自宅への訪問は、先着順となります。

不明点は **0120-078-567** にお電話にてお問合せ下さい。
※お電話での問合せ先は、委託業者「株式会社日本薬事保険教育協会」の受付となります。



**岩手県
後期高齢者医療広域連合**

服薬情報のお知らせについて

令和3年4月～令和3年6月の医療機関及び調剤薬局毎の服薬情報をお印字
しています。

おくすりを飲みまわっている等、かかりつけ医、もしくはかかりつけ薬局
にお見せいただき、おくすりに関するご相談にご活用ください。

なお、以下の流れでおくすりの服用について、
ご相談いただけます。

① ご案内の送付（本お知らせ）

「服薬情報のお知らせ」をかかりつけ医
もしくはかかりつけ薬局にお持ちください。

↓

② かかりつけ薬局でのご相談

かかりつけ薬局にて、
おくすりにかかる各種ご相談を受け付けています。
薬剤師による訪問を希望される方は、
かかりつけ薬局にお申し付けください。

↓

③ 薬剤師によるご訪問（希望者）

ご希望の方には、薬剤師がご自宅に訪問し
おくすりに関するご相談を
お伺いします。（先着30名様）

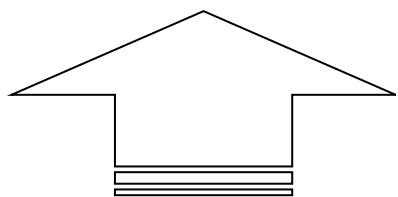
不明点は **0120-078-567** にお電話にてお問合せ下さい。
※お電話での問合せ先は、委託業者「株式会社日本薬事保険教育協会」の受付となります。

服薬情報のお知らせ

～薬剤師からのお知らせ～
おくすり監査ですでしょうか？
確認していないおくすりがあるかもしれません。かかりつけ医もしくは薬局にお持ちになり、ご相談ください。

品名	調剤薬局	薬名・薬剤	おくすり	数量 (単位)
18R201			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R202			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R203			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R204			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R205			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R206			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R207			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R208			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R209			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R210			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R211			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R212			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R213			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
18R214			タリクアリン錠 50mg 20錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2
			ロシタリン錠 50mg 10錠入×2	2

- ※ 報告期限：令和4年1月31日(金)



岩手県薬剤師会事務局 行き

FAX 019-653-2273

回答期限:令和4年1月31日(月)

「重複・多剤投薬者訪問指導等業務」実施報告書

「重複・多剤投薬者訪問指導等業務」において、対象者に対して以下の通り、対応しましたので、報告いたします。

対象者番号 ※ お知らせ文書の患者氏名の前に記載されている番号	
対応薬局名	
対応薬剤師名	
対応日時	令和 年 月 日
対応内容 ※該当するもの○で囲んでください。	1 「服薬情報のお知らせ」文書を確認した 2 患者の同意を得て、必要な情報を医療機関に提供した。 3 医療機関に情報提供した結果、処方内容の変更（薬剤数の減少や用法・調剤方法の変更、等）につながった 4 患者宅を訪問する約束を行った（ 月 日） 5 患者宅を訪問した（報酬算定あり） 6 患者宅を訪問した（報酬算定なし）
その他 ご意見・ご感想がありましたら記載願います。	

ご協力ありがとうございました