

あなたの命を守る

お薬手帳

病院・診療所・薬局には必ず持つべきでしょう。

あなたのお薬の記録を正確につける手帳です。

医師や薬剤師に確認してもらうことで、健康被害の防止に役立ちます。

薬にはたくさんの種類があります
名前が違っても同じ薬(成分)があります



薬の名前は分かりますか?

複数の医院から薬を
もらっている方!
薬の、のみ合わせを
確認できます。

一般名で処方された場合



(例)
一般名 ファモチジン錠20mg
↓

ジェネリック医薬品
ファモチジン錠20[○△×]
(先発医薬品 ガスター錠20mg)

実際に調剤された薬がわかります。

「歯の治療、検査の時に注意する薬はなんだっけ?」



私がのんでいる薬は、
手帳の通りです。

検査、手術の前に
中止する薬がわかります。

急に体調が悪くなったのですが…

いつも服用している薬が
わかるので相談の上
安心して市販薬を購入
できます。



「以前気分が悪くなつたお薬あるんですけど…」



薬のアレルギーは
ありますか?

じんましんやぜんそく等
薬の副作用が出た方!
注意する薬を正確に
伝えます

いつも携帯してください

災害・事故・急病・入院時に
適切な処置が速やかに
受けられます。
出張や旅行にも持つて
行きましょう。

あなたの命を
守ります。

緊急時や入院時にも必要ですので、
お薬手帳をまだお持ちでない方は、

あなたの「かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局」へお申し出ください。

一般社団法人 大阪府薬剤師会

大阪府薬剤師会
保険薬局検索システム
<http://Kensaku.okiss.jp>(携帯・PC共通)

QRコード対応
携帯電話から
簡単アクセス



e-お薬手帳

QRコード対応
スマートフォンから簡単アクセス
<http://www.e-okusuritecho.jp>



iOS



android

ご来局の皆様へ

適正な保険調剤のため**保険証**や
公費受給資格證明書等の提示
 をお願いすることあります。
 ご理解、ご協力を~~お願いいたしました。~~



保険証（例）

| 後期高齢者医療被保険者証 | |
|-----------------------------|---|
| 有効期限 平成30年7月31日 | |
| 被保険者番号 | ○○○○○○○○ |
| 被保険者 | 住所 △△市△△町△△丁目△番△号 |
| 被保険者 | 氏名 広域太郎 |
| 被保険者 | 生年月日 昭和□□年□□月□□日 |
| 被保険者 | 資格取得年月日 平成○○年○○月○○日 |
| 被保険者 | 発効期日 平成○○年○○月○○日 |
| 被保険者 | 交付年月日 平成○○年○○月○○日 |
| 一部負担金の割合 | ○割 |
| 被保険者番号 並びに保険者 者の名前及び印 | × × × × × × × × 大阪府後期高齢者医療広域連合 電話06-4790-2028 印 |

公費受給者資格證明書（例）

| この証は、大阪府以外では使えません。 | |
|--------------------|----------------------|
| こども医療 医療証 | |
| 公費負担者番号 | 8 6 2 7 4 0 5 7 |
| 受給者番号 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 対象者 | 居住地 大阪市中央区○○町○丁目○番○号 |
| 対象者 | 氏名 府薬花子 |
| 対象者 | 生年月日 平成○○年○月○日 |
| 対象者 | 有効期間 平成○○年○月○日 |
| 対象者 | 発行機関名 大阪市長 印 |
| 対象者 | 交付年月日 平成○○年○月○日 |

| 国民健康保険 被保険者証 | |
|-----------------|---------------------|
| 記号番号 | 阪国北 123456 [交付日前有効] |
| 氏名 | 國保太郎 |
| 生年月日 | 昭和33年3月3日 性別 男 |
| 住所 | 大阪市北区中之島1丁目3番20号 |
| 世帯主氏名 | 國保一郎 |
| 資格取得年月日 | 平成21年5月1日 |
| 給付開始年月日 | 平成21年5月1日 |
| 保険者番号 | 86274019 大阪市 公印 |
| (北区役所) | 電話 ***** FAX ***** |

| 老人医療(一部負担金相当額等一部助成) 医療証 | |
|-------------------------|----------------------------|
| 公費負担者番号 | 8 7 |
| 受給者番号 | |
| 対象者 | 住所 大阪府 |
| 対象者 | 氏名 |
| 対象者 | 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 男女 |
| 対象者 | 有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで |
| 対象者 | 発行機関名 大阪府 |
| 対象者 | 及 び 印 |
| 対象者 | 交付年月日 平成 年 月 日 |

この医療証は、大阪府以外では使えません。

決めよう、1つの薬局に 探そう、信頼できる 「かかりつけ薬剤師」を!

かかりつけ薬剤師・薬局を活用するための、3つのキーワード。

決めよう!

ふだんから利用する
薬局を、「かかりつけ
薬剤師」として1つ決め
ておきましょう。

あなたが使用する薬を
1つの薬局で管理することで、複数の医療機関
から同じ薬が処方されたり、相互作用*が起き
るのを防ぎます。

*注意を要する飲み合わせ

探そう!

薬や健康に関して、
なんでも相談できる
「かかりつけ薬剤師」
を探しましょう。

薬のことはもちろん、健
康に関する相談などに
も応じます。



活用しよう!

「かかりつけ薬剤師・
薬局」をご活用ください。

あなたの健康サポー
ターとして、薬の記録を
長期にわたり保存し、薬
を安全・安心に使用でき
るよう適切な対処法を提
案します。



「かかりつけ薬剤師」は、

- 薬を安全・安心に使用していただくため、処方薬や市販薬など、あなたが使用されている薬の情報を一元的に把握し、薬の重複や飲み合わせのほか、薬が効いているか、副作用がないかなどを継続的に確認します。
- 薬の飲み残しや飲み忘れなどを起こさないように患者さんをサポートします。
- 在宅で療養中の方にも、ご自宅などにお伺いし、薬に関するサポートやアドバイスを行います。
- 市販薬などをお求めの際も、症状に適した商品を一緒に探しします。
- 休日・夜間でもご相談に応じます。

下記のチェックリストのうち当てはまるものにチェックを入れてください。
このリーフレットを次回薬局に行かれる際にお持ちになり、薬剤師にお渡しください。



「かかりつけ薬剤師」に相談したい。



「かかりつけ薬剤師」を探しています。



私の「かかりつけ薬剤師」になってください。

薬局連絡先