

重複投薬等に係る報告書

令和 年 月 日

医療機関名
担当医氏名

先生

事業報告書（P.5またはP.7）と
同じ番号を記載してください。

薬局名		患者番号	
連絡先		担当者	
患者氏名		性別	男性 ・ 女性
生年月日	年 月 日生		
住所			
電話番号			

以下の通り、重複投薬等の状況について報告いたします

★受診中の医療機関、診療科等に関する情報

No	医療機関名	診療科
1	浦和病院	循環器内科
2	さいたまクリニック	内科
3		
4		

見直しを依頼する薬剤に
「○」をする

変更に関する患者の意向
「あり」または「なし」

★現在服用中の薬剤一覧

医薬品名	規格	対象薬剤	情報提供理由など(その他)	患者意向	医療機関No
オメプラゾール錠	20mg	○	継続服用の必要性	あり	1
アムロジピンベシル酸塩錠	5mg				1
エチゾラム錠	0.5mg	○	有害事象あり	あり	2

情報提供理由（下記から1つ選択）
検査値、重複投与、慎重投与、飲み忘れが多い、
継続服用の必要性、有害事象あり、その他※
※その他の場合、具体的な内容を記載

★薬剤師からの提案（処方の見直しを依頼する薬を具体的に記載してください）

オメプラゾール錠の服用期間が10週間を超えています。必要性をご検討ください。
午前中の眠気を訴えています。80歳という年齢を考慮するとエチゾラム錠による可能性が高いと思われ
れます。ご検討ください。

※具体的な提案ではない例

胃薬の必要性をご検討ください。（胃薬だけではどれを見直せばよいか考えてしまう）

★印の項目が網羅されていれば、レセコンから出力される報告書の提出でも可