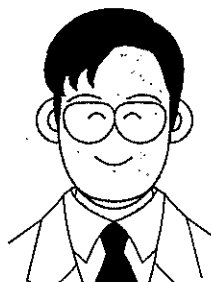


かかりつけ薬局をもちましょう



最近、病院や医院で処方せんが出されることが多くなりました。調剤してもらう薬局は自由に選べますが、自宅や勤務先の近くの「かかりつけ薬局」に決めておくと、とても便利です。あなたも「かかりつけ薬局」をもちましょう。



「基準薬局」とは……

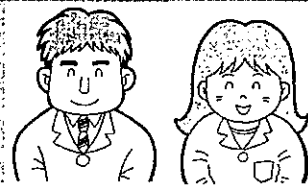


ある一定の基準を満たした薬局を大阪府薬剤師会が認定したものです。あなたの「かかりつけ薬局」を選ぶひとつの目安にしてください。

あなたのかかりつけ薬局

発行：社団法人 大阪府薬剤師会

お薬手帳



薬局に行かれるときは
必ず持っていきましょう

名前

No.

年 月 日 ~ 年 月 日

この手帳はあなた自身の記録ですので大切に管理して下さい

お薬手帳について

- 1 薬局に行ったときには毎回薬剤師に提出して下さい。
- 2 薬局でお薬を買った場合にも、記録して下さい。
- 3 病院や薬局でお薬の名前等を書いた説明書を渡された場合は、貼して下さい。
- 4 あなたがもらったお薬の記録になりますので、大切に保管して下さい。
- 5 病院や医院、歯科医院に行ったときにも、医師・歯科医師に提出して下さい。

医療機関のみなさまへ

この「お薬手帳」は、患者さんの薬の服用歴等を記録したものです。ご参考にして下さい。
また、医療機関で直接投薬されます場合には、処方等をご記入いただきますようお願いいたします。

薬と上手に付き合うために

服用時間を守りましょう

のみ忘れた時、思いだしたらすぐにのんだ方がいい薬、次回からのめばよい薬、いろいろです。

食前：食事の30分前

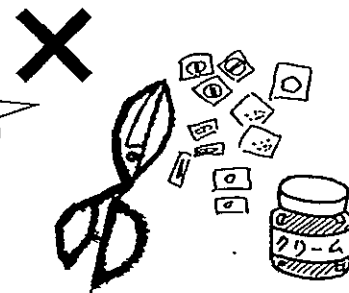
食後：食事の30分後

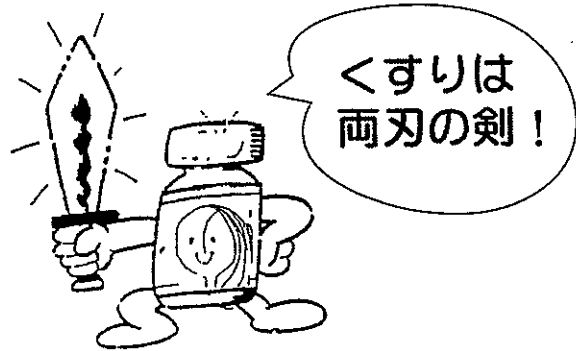
食間：食事の2時間から2時間半後



1回飲み忘れたからといって、決して2回分を一度には飲まないで下さい。1回分の有効な量を超えて、中毒症状を起こしやすくなるからです。また、食後のお薬は食事をした後に飲むことが基本ですが、食事をしていないからといって飲まないのではなく、服用時間がきたら、きちんとお薬を飲むように心がけて下さい。お薬をのみ忘れたときの対処法を、あらかじめ医師・歯科医師や薬剤師に尋ねておくとう安心です。

薬の容器を移し替えないで！
薬袋からとりだして、
バラバラにしないで！





薬の副作用とは

薬の期待した効き目以外の作用が副作用です。
副作用には大きく次の3つのパターンがあります

1. 予想しないような作用が現れる

薬は、患部だけで効果を発揮するのが理想ですが、血液の循環によって、全身を巡るため、正常に機能している部分に働きかけて、思わぬ副作用を起こすことがあります。

2. 薬が予想した効き目より強く作用する

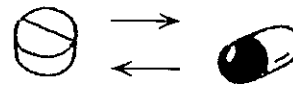
降圧薬（血圧を下げる薬）の効果が強すぎて、血圧が下がりがすぎたり、糖尿病薬が効きすぎて低血糖を起こすことがあります。

3. 副作用を目的に、治療薬として使用する

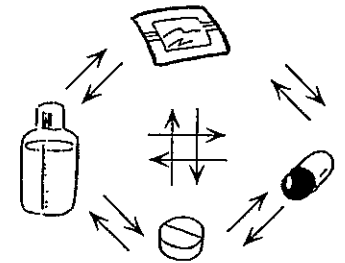
副作用としての尿閉を、夜間頻尿の治療に、また、解熱・鎮痛薬を通常量より少量服用して、血栓の予防薬として使用しています。

薬の相互作用とは

それぞれの病気に対しての薬と薬が、お互いに影響を合せて、薬の効き目が変わることがあります。それを薬の相互作用といいます。服用する薬の種類が多くなればなるほど、薬と薬の相互作用は起こりやすくなります。



2種類の薬では



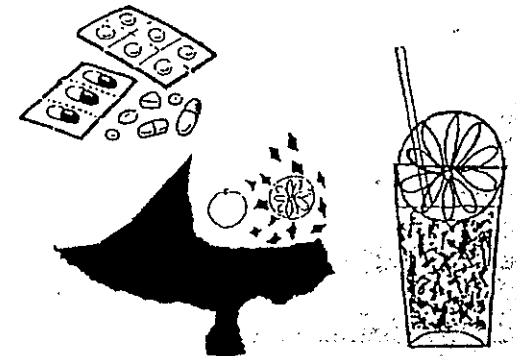
4種類の薬では

相互作用は、病院・医院からの薬と薬のみあわせの他、病院・医院からの薬と市販の薬のみあわせ、薬と健康食品、薬と食べ物とのとりあわせ、についても注意が必要です。

ワーファリンと納豆・クロレラ



カルシウム拮抗剤(血圧降下剤の一種)と
グレープフルーツジュース



年月日

おくすり

年月日

おくすり

年 月 日

受診中の医療機関名・電話番号

医師名等

年 月 日

受診中の医療機関名・電話番号

医師名等

. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .

. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .
. . .

この頁に受診された医療機関の名前などをお書き下さい。

この頁に受診された医療機関の名前などをお書き下さい。

氏名 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

連絡先 住所 〒 _____

電話番号 _____

血液型 (A・AB・B・O型) _____

アレルギー歴 (有・無)

食べ物

お薬の名前

副作用歴 (有・無)

お薬の名前

主な既往歴

- アレルギー性疾患 ()
- 肝疾患 ()
- 心疾患 ()
- 腎疾患 ()
- 消化器疾患 ()
- その他 ()

※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらって下さい。