

パーソナルレポート

記号	番号	お名前	性別	生年月日
**	***	Smapple 01	女	YYYY年MM月DD日

◆YYYY年MM月からYYYY年MM月に処方されたお薬（注射薬は除く）

複数の処方医療機関がある場合や多くの種類がある場合は、念のため薬剤師さんに相談してみましょう。

×：併用禁忌 ●：重複処方 △：多剤処方 □：長期服用非推奨 ◆：高齢者が注意すべき薬 ▼：多量処方

処方年月	処方医療機関名	調剤医療機関名	院内	処方薬名称	使用量/日	単位	日数/個数	頓服	対象
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	1.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」	1.0	錠	30		●
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		エペリゾン塩酸塩錠50mg「テバ」	2.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「サワイ」	1.0	錠	30		●
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		トアラセット配合錠「トーワ」	4.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		2.5mgアリナミンF糖衣錠	4.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	1.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	35.0	枚	1		
YYYY/MM	B内科	D薬局 E店		エピナスチン塩酸塩錠20mg「テバ」	1.0	錠	30		●
YYYY/MM	B内科	D薬局 E店		サイレース錠2mg	1.0	錠	30		
YYYY/MM	B内科	D薬局 E店		酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」	3.0	錠	7		
YYYY/MM	B内科	D薬局 E店		ゾルピデム酒石酸塩OD錠10mg「サワイ」	1.0	錠	30		●
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	1.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」	1.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		エペリゾン塩酸塩錠50mg「テバ」	2.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「サワイ」	1.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		トアラセット配合錠「トーワ」	4.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		2.5mgアリナミンF糖衣錠	4.0	錠	30		
YYYY/MM	医療法人 Aクリニック	C薬局		フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	1.0	錠	30		