



料金受取人払郵便



差出有効期間
令和 8 年
3 月 31 日まで

郵便はがき

770-8702

徳島市寺島本町西 1-5
アミコ東館 8 階
株式会社 徳島データサービス
第二 BPO ビジネス事業部 業務部

広島県

服薬情報通知アンケート窓口 行き



薬局にお渡しください

被保険者様が持参される服薬情報と最新のお薬状況をご確認の上、
処方内容や副作用、残薬の状況等に疑義がある場合には、必要に応じて医療機関等への疑義照会を行い、服薬内容について適切なご指導・
ご助言を賜りますようお願いいたします。(必ずしも処方内容の変更が必要というわけではありません。)

対応後は、はがき裏面の設問にご回答のうえ、**2週間以内**にご投函
くださいますようお願い申し上げます。

お問合せ先

服薬情報通知コールセンター
TEL : 0120-436-037

薬局でご記入いただく欄です

12月26日(金)までに投函してください

QR

指導した事象にチェック✓を入れてください(複数回答可)
最新の状況について薬局で改善のために指導したもののみ回答してください。

薬局で指導した事象	有害事象				
	1. 多剤	2. 併用禁忌	3. 同一成分	4. 同種同効	5. 長期投与
1. 疑義照会(処方変更あり)	☐	☐	☐	☐	☐
2. 疑義照会(処方変更なし)	☐	☐	☐	☐	☐
3. 生活指導あり(処方変更なし)	☐	☐	☐	☐	☐
4. 生活指導なし(処方変更なし)	☐	☐	☐	☐	☐
5. 生活指導なし(本人継続希望)	☐	☐	☐	☐	☐
6. 自然解消※	☐	☐	☐	☐	☐

※自然解消については、通知対象の薬剤についてのみ回答してください。

貴薬局名をご記載ください。(調剤印・横判でも結構です)

管理者使用欄

barcode

000_000_000