

糖尿病服薬情報提供書(トレーシングレポート)

<注意>この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID:	電話番号:
患者名:	FAX 番号:
	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得てない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

自己注射手技指導	その他
使用薬剤 _____ 補助具 <input type="checkbox"/> あり _____ ()	<input type="checkbox"/> 患者からの相談事項 <input type="checkbox"/> 薬剤師としての提案事項
<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 2 回目以降 <input type="checkbox"/> 電話などによるフォロー 援助者あり (<input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 同居者以外)	
2 種類以上処方された場合その違いを理解	
投与時間の理解 <input type="checkbox"/> 食直前 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> その他 ()	
懸濁製剤は 10 回以上振り均一にできる	
週 1 回製剤の場合 (_____ 曜日)	
空打ちを毎回する	
注入単位数を正しく設定	
注入ボタンを押し切った事の確認	
針の着脱	
使用済みの針の廃棄方法を知っている	
製剤の保管方法 (使用中;室温, 未使用;冷蔵庫)を知っている	
投与し忘れた時の対処方法を知っている	
製剤(ペン)の残量が 1 回使用量より少ない時の対処方法 を知っている	

提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。

返信欄
対応(医師記入欄) <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 現状のまま継続し経過観察します。 <input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
医師名 _____ 返信者名 _____

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。