送付先：富山労災病院 薬剤部直通FAX：0765-23-1307　　　　　　　FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

送信日：　　　　　年　　　月　　　日

**糖尿病薬服薬情報提供書 (トレーシングレポート)**

＜注意＞　このFAXは疑義照会票ではありません。

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医　　　　　　　　　　　科**  **先生　御机下** | **保険薬局　名称・所在地** |
| **患者ID：**  **患者名：** | **電話番号：** |
| **FAX番号：** |
| **担当薬剤師名：**　　印 |
| ①この情報を伝えることに対して患者の同意を　　　□得た　　　　□得てない  ②□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ますので報告いたします。  ③□緊急　　　□緊急を要さない（　　　日以内で可） | |

※注射薬の使用方法等に問題があると思われる場合は、自己注射手技指導のﾄﾚｰｼﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄで報告願います

|  |
| --- |
| □質問　　　□報告　　　□提案 |

※以下、参考までに分かる範囲で記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **薬剤の管理について** | |
| 用法・用量 | □守っている　　　□守っていない（理由；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 残薬 | □無　　　□有（理由；　飲み忘れ　　自己判断　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |
| 低血糖症状 | □無　　□有（頻度；　　　週 ・　　月・　　 日　に1回程度　） （ □自覚症状　　□血糖測定 ） |
| **日常生活について** | |
| 食事回数 | □3回　　　□2回　　　□1回　　　□その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 食事量 | □普段通り取れている　□減った　□取れていない（理由；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ） |
| 体重 | □変わらない　　□減った　　□増えた |
| （（いつから）　　　　　　　　　　　　　　Kg　　 ； 現在のBMI　　　 　　　　　　　　　　　） |
| 活動量 | □変わらない　　□減った　　□増えた（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

［添付資料］ （参考文献・資料・処方箋のコピー・糖尿病薬を含む薬剤情報提供書など）　□有（　　　）枚　　□無

|  |
| --- |
| 薬剤部 受領者 |
|  |

□FAXを受け付けました。

（□本日中に回答します。□後日、回答します。□医師に報告しておきます。）