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:	**電話番号:**
患者名:	**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。）