

御中

報告日

年

月

日

糖尿病薬指導実施報告書・情報提供書

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:
生年月日:	指導薬剤師名:

処方薬剤のコンプライアンス及びそれに対する指導に関する情報

薬剤名 (対象薬)	
確認項目	経口糖尿病薬 (SU剤) 1~4 インスリン注射剤 1~6
1	低血糖症状の有無 (発汗、動悸、空腹感、生あくび) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	併用薬の確認(糖尿病の禁忌薬の服用) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3	検査値の確認 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未確認
4	その他気になること <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5	用法の確認 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし
6	打つ前に振とう (10回以上振る) (該当薬のみ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指導薬剤師からのコメント	

報告内容

コンプライアンス・アドヒアランス・副作用について

<input type="checkbox"/> 特に問題となる事象はない
<input type="checkbox"/> コンプライアンス・アドヒアランスに問題あり
<input type="checkbox"/> 副作用の疑いが考えられる事象あり

併用薬剤等の有無 (有 ・ 無)

薬剤名等:

患者情報

薬剤アレルギー (アスピリン喘息など) <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
市販薬・健康食品等 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	喫煙歴 <input type="checkbox"/> 現在喫煙者 <input type="checkbox"/> 前喫煙者 <input type="checkbox"/> 非喫煙者

家族からの情報・薬剤保管情報等その他の報告

--