

糖尿病治療薬フォローアップシート

診療科： 科	保険薬局名：
処方医師名：	
患者 ID：	電話番号：
患者名：	FAX 番号：
処方箋交付年月日：	担当薬剤師名：
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"/> 得ていない	
<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。	

糖尿病治療薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告いたします。
 服薬指導時 テレフォンフォローアップ時 (本人・家族) 患者からの問い合わせ

報告内容	
【使用中の薬剤】 <input type="checkbox"/> SU薬 <input type="checkbox"/> グリニド薬 <input type="checkbox"/> BG薬 <input type="checkbox"/> DPP4-阻害薬 <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 <input type="checkbox"/> α -GI <input type="checkbox"/> TZD薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> GLP-1作動薬 <input type="checkbox"/> GIP/GLP-1受容体作動薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
情報提供内容	服薬状況 (アドヒアランス) : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 未確認 残薬状況 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 低血糖症状 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 副作用・有害事象疑い : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 内服薬の理解力 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 自己注射製剤の手技の理解度 (薬品名：) : <input type="checkbox"/> 理解度十分であり自立 <input type="checkbox"/> 自己にて困難 <input type="checkbox"/> その他 () 服薬支援者 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 食事状況 : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 未確認 運動状況 : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 未確認 その他 ()
【状況と報告内容】	
【提案事項】	

《注意》服薬情報提供は、疑義紹介ではありません。疑義紹介・及び緊急性の高い内容等は、
従来通り電話で対応をお願いします。