昭和大学江東豊洲病院　薬剤部　　　　　　　　　　　　　保険薬局　→　昭和大学江東豊洲病院　薬剤部

FAX：03-6204-6386

糖尿病トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方年月日　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　処方医　　 科　　 先生

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ） | 保険薬局 名称・住所：TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師： |
| 患者からの同意 | 　[ ] 得た　　[ ] 得ていない |
| [ ] 患者は処方医への報告を拒否していますが、　治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

|  |
| --- |
| 1. **使用中の薬剤＞**
 |
| [ ] インスリン製剤[ ] スルホニル尿素薬[ ] 速効型インスリン分泌促進薬[ ] DPP-4阻害薬[ ] GLP-1受容体作動薬[ ] α-グルコシダーゼ阻害薬 | [ ] SGLT2阻害薬[ ] チアゾリジン薬[ ] ビグアナイド系薬[ ] ミトコンドリア機能改善薬[ ] その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. **レポート内容の分類＞**
 |
| [ ] 調剤後薬剤管理指導加算　※③を記入してください[ ] 低血糖（　　　mg/dL程度　※具体的に数値がわかる場合）[ ] 症状：立ちくらみ・めまい・悪心・嘔吐・便秘・下痢・口渇・その他（　　　　　　　　　　　　　 ）頻度：月・週・1日に　　　回程度　※該当するものを〇で囲んでください[ ] 用量確認　[ ] 打ち忘れ・飲み忘れ　[ ] 自己注射・SMBG手技　[ ] シックデイ　[ ] 食事療法・運動療法[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. **調剤後薬剤管理指導加算＞　※その他のレポート内容の場合は空欄で構いません**
 |
| ●使用状況用法・用量：[ ] 守っている　　[ ] 守っていない　手技・管理（※インスリン使用中の場合のみ記入）：[ ] 問題なし　　[ ] 問題あり●低血糖症状：[ ] 起きていない　　[ ] 起きている　どのような症状か：[ ] 理解している　　[ ] 理解していない　低血糖時の対処法：[ ] 理解している　　[ ] 理解していない●その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. **情報提供・提案内容＞**
 |
|  |
| 病院薬剤師記入欄次回外来：　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　薬局への連絡：　　　月　　　日対応薬剤師： |

＜注意＞トレーシングレポートは**疑義照会ではありません**。緊急性のある問い合わせは疑義照会をお願いします。