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。