



## 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：         |
| 患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない |                     |
| <input type="checkbox"/> 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。 | TEL： FAX：<br>担当薬剤師： |

## &lt;①使用中の薬剤&gt;

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インスリン製剤<br><input type="checkbox"/> スルホニル尿素薬<br><input type="checkbox"/> 速効型インスリン分泌促進薬<br><input type="checkbox"/> DPP-4 阻害薬<br><input type="checkbox"/> GLP-1 受容体作動薬<br><input type="checkbox"/> $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬 | <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬<br><input type="checkbox"/> チアゾリジン薬<br><input type="checkbox"/> ビグアナイド系薬<br><input type="checkbox"/> ミトコンドリア機能改善薬<br><input type="checkbox"/> その他：( ) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## &lt;②レポート内容の分類&gt;

☐ 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○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 ( )

## &lt;③調剤後薬剤管理指導加算&gt; ※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 ( )

## &lt;④情報提供・提案内容&gt;

|           |             |
|-----------|-------------|
| 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：    |             |