



## CKD用トレーシングレポート (服薬情報提供書)

情報提供先医療機関名

昭和医科大学病院

科

先生 御机下

情報提供元保険薬局の名称・所在地

TEL

FAX

担当薬剤師 氏名

患者氏名	患者ID：
性別：(男・女)	生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を同意しています。 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるため報告いたします。

下記のいずれかに当てはまる場合、レ点を入れ詳細を報告してください。

- 検査値の変化/CKDに関連する自覚症状(副作用含む)を認めた。 →【確認事項】をチェックしてください。
- 処方薬が追加・変更された →【確認事項】をチェックしてください。
- アドヒアランス不良を認めた →【問題点に対するアセスメントと介入】に要因と貴薬局でのご対応を記載してください。
- 食事・生活指導を実施した →【その他の報告事項】に指導内容を記載してください。
- シックデイ時の対応確認・指導した →【その他の報告事項】に指導内容を記載してください。

eGFR 計算用QR



【確認事項】(ある場合✓)	未確認	詳細コメント
<input type="checkbox"/> eGFR: mL/分/1.73m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	ステージ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 尿蛋白/Cr比 ≥ 0.5 g/gCr もしくは 蛋白尿「2+」以上	<input type="checkbox"/>	eGFR <60 mL/min/1.73m <sup>2</sup> 対象
<input type="checkbox"/> 血尿を認める	<input type="checkbox"/>	体重変化 あり・なし 血圧変化 あり・なし
<input type="checkbox"/> 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧 / mmHg	<input type="checkbox"/>	いつ頃から / 症状は?
<input type="checkbox"/> 薬剤によると思われる副作用症状あり(発症時期・症状を詳細コメント)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 電解質異常・尿毒症の疑いあり <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> その他(詳細コメント)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 薬剤性腎障害を起こしうる薬剤の追加 <input type="checkbox"/> 利尿薬(ループ系・サイアザイド系などの合剤含む) <input type="checkbox"/> NSAID s <input type="checkbox"/> アシクロビル・バラシクロビル <input type="checkbox"/> ビタミンD製剤 <input type="checkbox"/> その他(詳細コメント)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 他院での受診・処方薬あり ⇒【その他の報告事項】に詳細を記載	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 残薬多数あり ⇒ 服薬遵守状況の詳細確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 服用できている <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる

【問題点に対するアセスメントと介入】

【その他の報告・提案事項】 食事指導、シックデイ時対応の説明など

