

糖尿病フォローアップシート（PDF）

保険薬局→医療機関

医療機関名 診療科	さいたま赤十字病院 糖尿病内分泌内科、他（ 科）	患者名 薬局名 担当薬剤師	様 ID
医師名	先生御侍史	電話番号 FAX番号	
電話番号	048-852-1111（代）	電話番号	
FAX番号	048-852-1157（薬剤部）	FAX番号	
患者様より以下の内容について報告の同意を		☐ 得られたので報告します。 ☐ 得られず、フォローできませんでした。	

下記内容を患者様に確認の上、**医師への情報提供（指導内容等）・提案事項**

<投薬時に確認事項>	
投薬日：	年 月 日
服薬管理者	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 薬局薬剤師 ☐ 訪問看護師 ☐ 訪問介護者 ☐ 施設
食事の状況	☐ 1日3食決まった時間 ☐ 偏食あり
これまでの服薬状況	☐ 薬剤なし ☐ 忘れない ☐ 忘れる頻度（下記に記入） ☐ 月1回程度 ☐ 月2回程度 ☐ 週1回程度 ☐ 週2回程度
残薬（確認できたら）	コピー用紙などに記載してください。
低血糖症状の理解	本人： ☐ 良好 ☐ 不十分
	家族等： ☐ 不明 ☐ 良好 ☐ 不十分
低血糖対応の理解	本人： ☐ 良好 ☐ 不十分
	家族等： ☐ 不明 ☐ 良好 ☐ 不十分
他の副作用の理解	☐ 良好 ☐ 不良
塩分過剰摂取	☐ 無 ☐ 有
飲水の状況	☐ 適切 ☐ 不足 ☐ 過剰
食事療法	☐ 良好 ☐ 不良
運動療法	☐ 良好 ☐ 不良
<フォローアップ時、糖尿病用剤が新たに処方後、用法・用量の変更後の薬学的管理>	
フォローアップ日：	年 月 日
新しいまたは変更の薬の理解	☐ 説明書を見なくても飲み方、効果、注意点を理解している。 ☐ 説明書を見なくても飲み方、効果を理解している。 ☐ 説明書を見なくても飲み方はわかるが、効果はわからない。 ☐ 説明書・薬袋を見れば、飲み方、効果、注意事項がわかる。 ☐ 説明書・薬袋を見てもわからない。
インスリンの新たな処方・変更の場合	☐ 手技に心配がない ☐ 手技に心配がある
インスリン使用状況	☐ 忘れない ☐ 忘れる
副作用出現状況	低血糖： ☐ 無 ☐ 有 その他の副作用出現時の症状：
受診勧奨の目安	350mg/dL以上の高血糖が続く時 38℃以上の発熱や、消化器症状等で経口摂取ができない時 副作用が続く時
≪医療機関薬剤師 記載欄≫ ☐ 確認しました。 ☐ 確認し医師へ報告しました。 連絡事項：診察日 月 日、FAX薬剤師：	