

糖尿病フォローアップシート（自由記載）

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	
食事の状況	
これまでの服薬状況	
残薬(確認できた)	コピー用紙などに記載してください。
低血糖症状の理解	
低血糖対応の理解	
他の副作用の理解	
塩分過剰摂取	
飲水の状況	
食事療法	
運動療法	
<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	
インスリンの新たな処方・変更の場合	
インスリン使用状況	
副作用出現状況	
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：	