

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		<input type="checkbox"/> 得られたので報告します。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 訪問介護者 <input type="checkbox"/> 施設
食事の状況	<input type="checkbox"/> 1日3食決まった時間 <input type="checkbox"/> 偏食あり
これまでの服薬状況	<input type="checkbox"/> 薬剤なし <input type="checkbox"/> 忘れない <input type="checkbox"/> 忘れる頻度（下記に記入） <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不十分 家族等： <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不十分
低血糖対応の理解	本人： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不十分 家族等： <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不十分
他の副作用の理解	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
塩分過剰摂取	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
飲水の状況	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 過剰
食事療法	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
運動療法	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 説明書を見なくても飲み方、効果、注意点を理解している。 <input type="checkbox"/> 説明書を見なくても飲み方、効果を理解している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 説明書・薬袋を見れば、飲み方、効果、注意事項がわかる。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 手技に心配がない <input type="checkbox"/> 手技に心配がある
インスリン使用状況	<input type="checkbox"/> 忘れない <input type="checkbox"/> 忘れる
副作用出現状況	低血糖： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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>> <input type="checkbox"/> 確認しました。 <input type="checkbox"/> 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：	