

島根大学糖尿病服薬情報提供報告書 (トレーシングレポート薬局報告書)

薬 → 病

処方箋発行日		保険薬局名	:
処方箋番号		電 話	:
処方医師		F A X	:
患者 I D	- -	薬剤師名	:
患者氏名		報 告 日	:

同 意	☐ この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を得ています ☐ この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるため情報提供いたします
-----	---

報告内容				
共通事項	・ 残薬確認	☐ 残薬あり	☐ 残薬なし	☐ 未確認
	・ 服薬忘れ	☐ 服薬忘れあり	☐ 服薬忘れなし	☐ 未確認
	・ 服薬できていない時間帯	☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 眠前		☐ 未確認
	・ 低血糖の有無	☐ 低血糖あり	☐ 低血糖なし	☐ 未確認
	・ 薬剤の理解力	☐ 理解力あり	☐ 理解力なし	☐ 未確認
	・ 服薬支援者	☐ 支援者あり	☐ 支援者なし	☐ 未確認
分 類 (複数 ☒ 可)	☐ 服薬状況 ☐ 調剤方法 ☐ 他院処方 ☐ 手技確認 ☐ 患者相談内容報告 ☐ 生活状況 ☐ 服薬支援 ☐ 食事状況 ☐ 運動状況 ☐ 糖尿病手帳 ☐ 質問 ☐ その他			

提案事項	
分 類 (複数 ☒ 可)	☐ 服薬状況 ☐ 調剤方法 ☐ 処方提案 ☐ 手技確認 ☐ 相談応需 ☐ 他職種支援依頼 ☐ 服薬支援 ☐ 食事 ☐ 運動 ☐ 糖尿病手帳 ☐ その他

※本内容はスキャンし電子カルテへ登録します。読みやすくわかりやすい記載をお願いいたします。

返信欄	
☐ 確認しました。	回答日： 2 0 / / 確認者 署名 _____

※この用紙では「疑義照会」できません。「疑義照会」には疑義照会用紙を用いてください

大学使用欄：☐ 複写 ☐ 登録 送信先：島根大学医学部附属病院薬剤部 FAX 番号：0853-20-2474