



服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 《糖尿病》

《注意!!》このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高い問い合わせ や 疑義照会 は処方箋右側記載通りの方法でお願いします。 報告日: 年 月 日

診療科	保険薬局(店舗名)名称・住所・TEL・FAX				
処方医					
ID番号 <small>※備考欄 10桁数字</small>					
ふりがな					
患者氏名	FAX () - () -	担当薬剤師			
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	

※ 処方変更があることに対して、患者さんから同意を 取得しました(有)。 取得していません(無)。
 取得していないが、治療上重要と考えられる為、報告致します。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。下記の通り、ご報告すべき点がございましたのでご高配賜りますようお願い申し上げます。

聴取日	年 月 日 ()	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 投薬時(調剤時)	<input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時		
処方箋発行年月日	年 月 日 ()	次回来院診察予約	年 月 日 ()		

報告内容

指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目		指導日	年 月 日 ()	
共通事項	* 残薬確認	<input type="checkbox"/> 残薬あり	<input type="checkbox"/> 残薬なし	<input type="checkbox"/> 未確認	
	* 服薬忘れ	<input type="checkbox"/> 服薬忘れあり	<input type="checkbox"/> 服薬忘れなし	<input type="checkbox"/> 未確認	
	* 服薬できていない時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前	<input type="checkbox"/> 未確認	
	* 低血糖症状の有無	<input type="checkbox"/> 低血糖症状あり	<input type="checkbox"/> 低血糖症状なし	<input type="checkbox"/> 未確認	
	* 薬剤の理解力	<input type="checkbox"/> 理解力あり	<input type="checkbox"/> 理解力なし	<input type="checkbox"/> 未確認	
	* インスリン手技	<input type="checkbox"/> 手技問題なし	<input type="checkbox"/> 手技に問題あり	<input type="checkbox"/> インスリン使用なし	
分類 <small>(複数選択可)</small>	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 調剤方法	<input type="checkbox"/> 手技確認	<input type="checkbox"/> 患者相談内容報告	
	<input type="checkbox"/> 生活状況・環境	<input type="checkbox"/> 服薬支援	<input type="checkbox"/> 食事状況	<input type="checkbox"/> 運動状況	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病手帳	<input type="checkbox"/> 他院処方	<input type="checkbox"/> その他()		

<詳細内容>

提案事項

分類 <small>(複数選択可)</small>	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 調剤方法	<input type="checkbox"/> 手技確認	<input type="checkbox"/> 相談応需	
	<input type="checkbox"/> 服薬支援	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 糖尿病手帳	
	<input type="checkbox"/> 他職種支援依頼	<input type="checkbox"/> その他()			

<詳細内容>

提供頂きました患者さんの情報をカルテに記載し、担当医師へ伝達・情報共有を行いました。引き続き経過フォローをよろしくお願い致します。

【病院記入 返信欄 (病院 → 薬局)】

- 報告内容を確認致しました。(報告、提案内容を医師へ伝達いたしました)
 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察致します
 次回から提案通りの内容に変更致します。 提案の内容を考慮し、以下のように対応致します。

回答日	年 月 日
薬剤師	

(具体的に記載)