

# シックデイ指導後調査

日付：        /        /        担当者：

患者 ID 【                    】 患者氏名 【                    】 年齢 【        】 性別 【 男・女 】

●シックデイ指導後にシックデイがあったか。 【 有・無 】

●シックデイルール通りに薬剤を使用できたか。 【 可・不可 】

●シックデイ中に低血糖があったか。 【 有・無 】  
頻度 (                    )

●シックデイ中に医療機関を受診したか。 【 有・無 】

●シックデイルールがあって安心できたか。 【 できた・できなかった 】

●血糖推移 (血糖手帳の記録)