

対応者 (病院)	カルテ 記載	取込

松波総合病院 TEL : 058-388-0111 (代表)

FAX : 058-388-0721 (薬局直通)

糖尿病薬服薬情報提供書

____年 ____月 ____日

<p>【患者】 *2 枚目以降は氏名のみで可</p> <p>患者 ID</p> <p>フリガナ</p> <p>患者氏名</p> <p>生年月日</p> <p>診療科：</p> <p>患者様の同意 有 無</p>	<p>【情報提供元保険薬局】 *2 枚目以降は名称のみで可</p> <p>名称</p> <p>所在地</p> <p>処方箋発行日：</p> <p>調剤日：</p> <p>電話</p> <p>FAX</p> <p>保険薬剤師名</p>
<p>糖尿病薬のアドヒアランス情報（残薬の状況・服薬における問題点など）</p>	
<p>2020 年 1 月以降の低血糖の有無（<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有；どのように対処したか）</p> <p>低血糖に関する理解度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低血糖の代表的症状「はひふへほ」を答えられる（<input type="checkbox"/>は <input type="checkbox"/>ひ <input type="checkbox"/>ふ <input type="checkbox"/>へ <input type="checkbox"/>ほ <input type="checkbox"/>0） ・低血糖時のブドウ糖摂取量と、改善がないときの対処方法を答えられる（<input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可） 	
<p>2020 年 1 月以降のシックデイの有無（<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有；どのように対処したか）</p> <p>シックデイに関する理解度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シックデイの4原則を答えられる（<input type="checkbox"/>4つ <input type="checkbox"/>3つ <input type="checkbox"/>2つ <input type="checkbox"/>1つ <input type="checkbox"/>0） ・自身のシックデイ指示について答えられる（<input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可） 	
<p>その他特記事項（服薬に関する問題点を発見したときにどのような指導をしたかなど）</p>	