FAX 送信先

日本赤十字社 高知赤十字病院 薬剤部　担当者宛

FAX：088-872-3995（薬剤部直通）

糖尿病薬物療法
に関する情報提供専用

※この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。

＜薬剤部からのお願い＞

この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は、直接電話にて各科外来へ問い合わせをお願いいたします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日 年　月　日	保険薬局情報 名称 住所 TEL FAX 担当薬剤師氏名
患者 ID	
患者氏名 （生年月日：　年　月　日）	
担当医 科　医師	

☐ この情報を主治医へ情報提供することに対して、同意を（☐得た　☐得ていない）

☐ この情報を主治医へ情報提供することに対して患者は拒否していますが、治療上重要と思われますので報告いたします。

■フォローアップ方法

☐ 対面　☐ 電話　☐ その他（　　）

■ 報告事項

☐ 服薬状況・低血糖症状について　※評価した項目のみの記載で可

服薬状況	☐ 良好　☐ 不良 （　　）
低血糖 （報告する必要と判断した）副作用症状	☐ なし ☐ あり（回数、場面、症状、転機等） （　　）

☐ 評価項目（3：理解出来ている　2：一部理解出来ていない　1：理解出来ていない）※評価した項目のみの記載で可

No.	項目	評価（数字を記載）
1	糖尿病に関する病識、合併症について	
2	現在使用中の薬剤の用法用量	
3	シックデイの対処方法の理解度	
4	打ち忘れた時、飲み忘れた時の対処方法	
5	低血糖症状としてどのような症状があるか	
6	低血糖時の対処方法	

報告事項について詳細な内容を記載する必要がある場合、記載してください 。

年　月　日　高知赤十字病院薬剤部　担当者　㊞

2022 年 11 月作成 ver.1