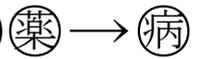


島根大学糖尿病服薬情報提供報告書 (トレーシングレポート薬局報告書)



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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 眠前	<input type="checkbox"/> 未確認
	・ 低血糖の有無	<input type="checkbox"/> 低血糖あり	<input type="checkbox"/> 低血糖なし	<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		
	・ 服薬支援者	<input type="checkbox"/> 支援者あり	<input type="checkbox"/> 支援者なし	<input type="checkbox"/> 未確認		

分 類 (複数☑可)	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 調剤方法 <input type="checkbox"/> 他院処方 <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 <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"/> 質問 <input type="checkbox"/> その他
---------------	--

提案事項

分 類 (複数☑可)	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 調剤方法 <input type="checkbox"/> 処方提案 <input type="checkbox"/> 手技確認 <input type="checkbox"/> 相談応需 <input type="checkbox"/> 他職種支援依頼 <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"/> 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： 20 / / 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：0853-88-3055