

服薬情報提供書「糖尿病薬」

診療科 ○○科 担当医 ☆☆医師, 処方日 ▽月 △日 (水)

いつもお世話になっております、このたび下記患者様の服薬状況に関する情報提供をさせていただきます。

患者ID	12345678	《担当薬剤師からの提案事項》 一包化と用法の食直前への統一、アマリールの減量、 食事少量摂取時のシックデイ時対応の指導
患者氏名	横須賀 花子	

- ・スルホニル尿素薬 (初回・**処方変更毎**・1ヶ月毎)
 - ・インスリン製剤 (初回・**処方変更毎**・1ヶ月毎)
 - ・その他糖尿病用剤 (初回・**処方変更毎**・1ヶ月毎)
- フォローアップ方法
電話 対面
その他 ()

I: 服薬状況、低血糖症状

服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 (残薬なし) <input checked="" type="checkbox"/> 不良 (残薬: アマリール 10錠、タケブロン 18錠、ベイスン) その他 (残薬多数、数も不均一です。また食直前薬は特に内服を忘れてしまう。)
低血糖 または 副作用	前回受診・指導後の低血糖または副作用症状 <input checked="" type="checkbox"/> あり (以下に回数、場面、症状、転帰記載) <input type="checkbox"/> なし 前回受診後の低血糖は1回。自宅で調理中に冷汗を感じ、ジュースを飲んだところ改善。

II: 説明、指導、評価項目 (3.理解している、2.少し理解している、1.理解していない)

項目	評価	項目	評価
糖尿病に関する病識、合併症の恐さ	3	打ち忘れた時、飲み忘れたときの対処方法	2
薬物療法の位置づけについての理解	2	低血糖症状としてどのような症状があるか	1
現在使用中の薬剤の用法用量	2	低血糖時の対処方法	1
シックデイ時の対処方法の理解 (理解不十分な場合には以下に詳細を記入)			2
・食事がある程度摂取できた場合の内服方法は忘れてしまったと発言。 ・食事摂取できないときは糖尿病薬の内服については、少し迷いながら飲まないと発言。			

I、IIを基に指導した内容 なし、あり (内容: ベイスン内服のため低血糖時はブドウ糖で対応)

薬局名: ○○薬局△△店	指導年月日: ▽月△日
住所: ☆☆市△△町××××	電話番号: ○○○-□□□-△△△△
	FAX 番号: ○○○-□□□-△△××
	保険薬剤師: 共済 太郎

頂いた報告書は原則「保険薬剤師 → 病院薬剤師 → 処方医」として運用いたします。
 記入欄はすべて記入してください。また、評価欄は指導後に数字での評価を記入し、理解が不足している項目は重点的に指導お願いします。インスリン使用患者の場合は極力、別紙「インスリン手技指導」も記載・送付をお願いします。

指導した時期に当てはまるものに○をつけてください

低血糖症状等を簡潔に記入してください。
回数、場面、症状、転帰を

提案事項を簡潔に記入してください。
緊急性が高い場合は、随時電話での連絡をお願いします。

残薬の他、アドヒアランス等に関わる事を自由に記入してください。

・患者のS)を簡潔に、箇条書きで記入してください。
 ・シックデイ時の対応は患者によって異なる場合があります。正確な対処方法が確認できない場合は、下記いずれかの対応をFAXにてお願いします。
 ①医師へのシックデイ対処方法の指導依頼
 ②当院薬剤科へシックデイ対処方法の確認

指導内容を簡潔に記入してください。

全ての項目について記入するようにしてください。また、インスリン使用患者の場合は自己注射手技の確認もお願いします。

服薬情報提供書「インスリン手技指導」

診療科 ○○科 担当医 △△医師, 処方日 ○月 △日 (金)

いつもお世話になっております、このたび下記患者様の服薬状況に関する情報提供をさせていただきます。

患者ID	23456789	《担当薬剤師からの提案事項》 ボタンを押し切れないためボタン→フリップ針製剤への変更を提案します。また、硬結のフォローを院内でもお願いします。
患者氏名	横須賀 太郎	

・インスリン製剤 (初回・処方変更毎・1ヶ月毎)

使用薬剤	・ヒューマログ注ミリオペン	補助具 <input checked="" type="checkbox"/> あり (下記記載) <input type="checkbox"/> なし 拡大鏡
	・インスリングラルギン BS 注ミリオペン	

I: 説明、指導、評価項目 (3:優良、2:可、1:不可)

項目	評価	項目	評価
インスリン注射に必要な準備ができています	2	穿刺部を毎回ずらせる (腹部全体を広く使う)	2
懸濁製剤は均一になるまで混和できる	2	穿刺部をつまみ針を垂直に根元まで刺せる	2
消毒綿でのゴム栓の消毒ができる	3	注入ボタンを0まで押せる	1
針の取り付けができる	2	0になってから10カウントできる	2
空打ちに必要な単位の設定ができる	3	ボタンから親指を離さずまっすぐ針を抜ける	2
ペンを指ではじき内部の空気を抜ける	3	針を安全に取り外せる	3
0になったのを確認できる	2	針の廃棄方法が言える	3
必要なインスリン単位数を設定できる	2	インスリンの保管方法が言える	2
消毒綿で穿刺部を消毒できる	2		

II: 確認項目

薬剤師による硬結の有無の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 確認した (右記記入→ <input checked="" type="checkbox"/> 硬結あり <input type="checkbox"/> 硬結なし) <input type="checkbox"/> 確認していない
I、IIを基に指導した内容 <input type="checkbox"/> なし、 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 硬結部位からずらして注射するように指導)	
薬局名: ☆☆薬局▽▽店	電話番号: ○○○-△△△-□□□□
住所: ○○市▽▽町△△△△	FAX番号: ○○○-△△△-□□☆☆
	保険薬剤師: 共済 花子

頂いた報告書は原則「保険薬剤師 → 病院薬剤師 → 処方医」として運用いたします。記入欄はすべて記入してください。また、必ず実薬、模擬デバイスを用いて指導し、指導後に数字での評価を行ったうえで、理解が不足している項目は重点的に指導をお願いします。

指導した時期に当てはまるものに○をつけてください

提案事項を簡潔に記入してください。緊急性が高い場合は随時、電話での連絡をお願いします。

使用している補助具があれば記入してください

硬結の有無について確認、記入してください。硬結あり→注射部位を2cm程度ずらすよう指導。その後、著明な血糖低下等あれば早急に報告するように伝えてください。

指導内容を簡潔に記入してください

全ての項目について記入するようにしてください。