

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

送信枚数 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

処方医師名 \_\_\_\_\_ 先生御机下 処方箋 ID 番号（処方箋に記載あれば） \_\_\_\_\_

薬局名 \_\_\_\_\_ 薬局電話番号： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

### 糖尿病患者に新たにインスリン製剤等に関する薬学的管理の報告

新規処方薬について（処方日 年 月 日）

処方変更医薬品について（変更日 年 月 日）

糖尿病薬分類  インスリン製剤  SU 剤  その他

医薬品名：

聞き取り日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

| 薬剤理解度評価 |                         |                         | 服薬評価                    |       |                         |                         |                         |
|---------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 役割理解    | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × | 用法順守  | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × |
| 用法      | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × | 用量順守  | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × |
| 用量      | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × | 副作用   | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × |
| 副作用     | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × | 保管保存  | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × |
| シックデイ   | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × | シックデイ | <input type="radio"/> ○ | <input type="radio"/> △ | <input type="radio"/> × |

#### 食事について

- 食事は1日3回きちんと取れている
- 食事は1日2回~1回しか取れていない
- 食事の内容が偏っている
- 食事の量にばらつきがある
- 食事を取らないことがある

#### 低血糖症状

- 全くない
- 血糖測定値が低かったことがある⇒ \_\_\_\_\_ 月 日 : BS \_\_\_\_\_ mg/dl
- 冷や汗、急な空腹感を感じたことがある
- 糖類を摂取した
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

#### 総評

- 問題なく服用できています。
- 少しだけ不安があるようです。
- かなり継続は難しそうです。

その他所見等