

糖尿病薬指導報告書「インスリン製剤」

医療機関⇄薬局

指導者(薬剤師など)の方へ

○薬局などでインスリン手技、アドヒアランス、副作用等の確認を行った場合に記入して下さい。

指導者記入欄

	年 月 日
ID: _____	患者名: _____様
担当医師名: _____先生	担当科: _____
薬局名: _____	担当者: _____

・指導対象者 本人への指導 家族等への指導

確認事項(アドヒアランス・副作用等)

薬のアドヒアランス確認 毎回注射できているか	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり(下欄に問題点を記入して下さい)
生活状況(食事・運動)	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり(下欄に問題点を記入して下さい)
低血糖	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(下欄に頻度・状況等を記入して下さい)

確認事項(インスリン手技)【○:できる/×:次回再度確認】

<input type="checkbox"/> () (消毒綿で穿刺部・ゴム栓を消毒できる *医療機関によっては省略) <input type="checkbox"/> () 針を安全に脱着できる <input type="checkbox"/> () (懸濁製剤は均一になるまで混和できる *該当薬剤のみ) <input type="checkbox"/> () 正しく空打ちできる <input type="checkbox"/> () 必要な単位数を設定・調整できる <input type="checkbox"/> () 穿刺部を毎回ずらせる(硬結:有・無) <input type="checkbox"/> () 正しく注入できる(0まで押す⇒10カウント⇒ボタンを離さずに抜く) <input type="checkbox"/> () 廃棄の仕方を理解している <input type="checkbox"/> () インスリンが正しく保管できている <input type="checkbox"/> () 低血糖の対処方法への理解(糖分の携帯:有・無) <input type="checkbox"/> () シックデイ時の対処方法への理解
再指導の必要性 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり(下欄に再指導を実施した内容を記入して下さい)

指導者の方へ

このインスリン指導依頼書・報告書を、医療機関指定FAXに送信して下さいますようお願いいたします

医療機関からの返信が必要な場合はチェックをつけて下さい。
(保険薬局 FAX番号: ())

医療機関 → 保険薬局等返信欄

- 報告内容を確認しました
 提案内容を次回外来受診時に検討します
 以下のように対応します

年 月 日

担当者名: _____

<無断転載を禁ずる>