

服薬情報等提供書

FAX送信先:京丹後市立久美浜病院 薬剤部 宛

FAX番号:0772-82-1503

京丹後市立久美浜病院 糖尿病薬フォローアップシート

報告日: 年 月 日

処方せん発行日 年 月 日	保険薬局 名称 所在地
病院名: 京丹後市立久美浜病院	
処方医:	
患者ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

1、糖尿病治療薬について

初回

薬剤変更

剤型	変更前	→	変更後
内服薬		→	
注射薬		単位 →	単位
		単位 →	単位
		単位 →	単位

2、副作用について

低血糖	有 ・ 無	発現時血糖値	主な症状	○	ブドウ糖摂取状況	
		mg/dL	冷や汗		有 ・ 無	
動悸						
手の震え			発現後血糖値 (時間推移)			
顔面蒼白			分後	mg/dL		
頭痛			分後	mg/dL		
目のかすみ			分後	mg/dL		
眠気			分後	mg/dL		
意識障害			(参考) 通常時	mg/dL		
発現状況詳細						

3、服薬アドヒアランス

良好

やや不良

不良

4、提案事項

※来局後から次回受診までの(概ね中間付近)にテレフォンフォローを行い情報提供をお願いします