

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