FAX：海南病院　0567-67-3697

インスリンデバイス変更専用
服薬情報提供書（トレーシングレポート）

〔　注意：他に報告がある場合には、従来の用紙を使用してください　〕

報告日　　年　　月　　日

処方医師：　　科 先生	薬局名・連絡先（TEL/FAX）・担当薬剤師名
患者 ID： 患者氏名： 生年月日：　　年　　月　　日	

この情報を伝えることに対し、患者の同意を　☐得た　☐得ていない

☐患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるので報告します

【所見・提案事項】　該当する項目に☑してください。

●自宅にノボラピッドフレックスタッチはあるか　☐ある（　本）　☐なし

●新規デバイスについて指導したか（☐ソロスター　☐その他（　））

☐手技実施者に指導した　☐家族に指導した　☐実施していない

●練習用デバイスを用いて患者に指導し、実際に確認した内容

☐デバイスの外観変化　☐目盛りの合わせ方　☐ダイアルの回し心地

☐ボタンの押し方　☐補助具について（＊使用する場合のみ）

●患者の理解度について（理解が不安・難しい場合は理由をコメント欄に記載）

☐十分理解できた　☐やや理解できた　☐理解に不安あり　☐理解が難しい

●デバイス変更は可能か

☐問題なく可能　☐病院での再指導が必要　☐その他（コメント欄記載）

指導薬剤師からのコメント：

返信欄（医師記入欄）

【対応】

☐報告内容を確認しました。　☐次回再指導し、報告をお願いします。

☐その他

【コメント欄】

記載日　　年　　月　　日　　医師名（押印可）

院内の運用フロー図

保険薬局　⇒　☐ 電話交換（振り分け）　⇒　☐ 各科外来（医師に記載依頼）　⇒　☐ 医師（記載）

⇒　☐ 各科外来（電子カルテ診察記事に取り込む）　⇒　☐薬剤部（FAX 送信の後、保管する）