

インスリン使用状況情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
患者ID： (処方箋左上の8桁の番号)		TEL：
患者名：		Email：
		担当薬剤師名：

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通りご報告いたします。
この情報を伝えることに対して患者の同意を、

得た。
 得ておりませんが、治療上重要だと思われるので報告いたします。
※をクリックするとチェックが入ります

薬剤名：				
処方箋発行日： 年 月 日			聞き取り日： 年 月 日	
対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()				
聞き取り方法 <input type="checkbox"/> 調剤時 <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 患者さんからの問い合わせ				
番号	確認事項	できる	できない	詳細
①	薬剤名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②	投与時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③	懸濁製剤の混和	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④	ゴム栓の消毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤	針の装着	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥	空打ち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦	単位設定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑧	注射部位の消毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑨	注射手技 注入時間の保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑩	注射部位をすらす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑪	針の取り外し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑫	保管方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑬	廃棄方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑭	低血糖の対処法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑮	シックデイの対処法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考				

対応内容については、必要に応じて返信させていただきます。