FAX: 052-892-1450（名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 薬剤部）

服薬情報提供書（トレーシングレポート）：糖尿病治療薬

報告日：　　年　　月　　日

診療科：　　　　先生御侍史	薬局名：
患者名： ID：	TEL・FAX番号： 担当薬剤師名：

患者の同意（いずれかに☑）
- ☐患者の同意のもと報告します
- ☐患者の同意はないが、治療上必要と考えられるため報告します

【処方せん交付日】	年	月	日	
【フォローアップ日】	年	月	日	
【対象者】	☐ 本人	☐ 家族	☐ その他（　　）	
【確認方法】	☐ 電話	☐ 薬局で面談	☐ 在宅訪問	☐ その他（　　）

【使用中の糖尿病用剤】

【報告内容】 ☐ 服薬アドヒアランス　☐ 自己注射手技　☐ SMBG手技　☐ 低血糖　☐ シックデイ　☐ 副作用・有害事象疑い　☐ 食事・運動療法　☐ その他（　　）

【報告内容詳細】

※　本提供書での情報伝達は疑義照会ではありません。

必要に応じて以下を返信いたします

―――――――――――――――――――――――――病院記入欄―――――――――――――――――――――――――――――――――――

☐ 確認しました　　☐ 以下のように対応いたします

医師：

☐ 医師と情報共有しました　☐ 以下のように対応いたします

薬剤師：

第１版　令和７年９月１６日