糖尿病薬 服薬指導チェックシート

薬局保存用

記入開始日 令和 年 月 日

患者氏名 () 生年月日 T・S・H 年 月 日

	問題		※1 解決済 □	※1 再確認 □	チェック項目	対応資材	
	無 □	有 □					
患者の問題について	□	□	□	□	糖尿病に対する理解・意識が低い	①糖尿病性腎症	
	□	□	□	□	飲み忘れ、外出時の携帯忘れがある (単なる忘れ、多剤等により用法が複雑で忘れる)	①糖尿病性腎症 ②飲み忘れ	
	□	□	□	□	食事の時間的な都合で服薬をしていないことがある (朝起きるのが遅い、昼ご飯を食べない、夕食時に飲酒をする等)	①糖尿病性腎症 ③食事の時間	
	□	□	□	□	シックデイルールが決められていない	④シックデイ	
	□	□	□	□	医療費の節約で診察や服薬に支障がある	①糖尿病性腎症 ⑤自己負担額	
	□	□	□	□	注射の技術的問題がある (力が入らない、目盛りが見えづらい等)	⑥注射剤の手技	
	□	□	□	□			
薬剤師の全般業務	済						
	□	薬理作用を理解し患者に適切な服薬指導を行う					
	□	医師の治療方針を理解する					
	□	患者とのコミュニケーションによる情報収集：食生活 ：生活習慣、家族歴など				⑦食生活	
	□	副作用の有無：低血糖 ：膵炎、尿路感染症、他 ()				⑧低血糖	
	□	糖尿病性腎症の疑い ：浮腫、多尿、乏尿、夜間尿、他 ()					
	□	検査値の確認 (血糖値、HbA1c、Cr、eGFR など)					
	□	併用薬と他疾患の把握					
□	サプリの把握 (□ 血糖値の上昇を緩和するサプリを服用中 □ 服用していない)						

※1 問題「有」・「無」に関わらず、数か月後に再度、問題の「有」・「無」を確認してください。

※2 対応資材を活用して患者指導を行った薬剤師のサイン、又は押印。

注意) 個人情報になりますので、取り扱いにはご注意ください。

作成：令和3年8月
公益社団法人 高知県薬剤師会
糖尿病重症化予防事業実行委員会