

糖尿病薬チェックシート

評価日： 年 月 日
指導回数： 回目

患者ID：	
患者氏名：	
薬局名：	
担当薬剤師：	

薬の理解と服薬状況	
①今回処方された薬の名前と働きをご存じですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②お薬の服用方法、服用時間は無理なく守れますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③残っている薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④お薬が残っている理由を教えてください	()
⑤食事摂取はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒シックデイの対応
⑥水分摂取はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒1日 500m L 以上の水分補給必要（夏場）

低血糖	
①低血糖の症状・対応方法を覚えておられますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②低血糖を起こしていませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③低血糖の頻度はどのくらいですか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 月1~3回 <input type="checkbox"/> ほとんど起こらない
④低血糖が良く起こる時間帯がありますか？	() ごろ ※運動・仕事・食事

注射手技/取り扱い（注射製剤を使用している場合）	
①投与タイミングが適切である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②投与部位を毎回変えている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③インスリンボール（硬結）がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④混合製剤が適切に混和できる（必要な製剤のみ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤針の脱着が適切にできる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥毎回針を交換している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦空打ちが適切にできる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧注入後にボタンをすぐに離さずに、適切な時間保持できる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨薬液に逆血がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩針の廃棄が適切にできる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪注射剤（インスリン等）の保管が適切にできる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他	
その他、困っていることがありますか？	