

# 医療ICTを活用した先進的な地域の健康サポート事業 糖尿病グループ報告様式

薬局名 \_\_\_\_\_  
報告薬剤師名 \_\_\_\_\_  
患者キビタンID下4桁 \_\_\_\_\_  
かかりつけ指導料を  
算定している患者である はい・いいえ  
(算定同意取得月 年 月)  
当該患者様にキビタン健康ネット事業について説明を  
行い同意を取得しましたか? はい・いいえ

## ○患者情報

- ・性別 (男・女)  
・年齢 (20歳未満・20～24・25～29・30～34・35～39・40～44・45～49  
50～54・55～59・60～64・65～69・70～74・75～79・80歳以上)  
・糖尿病型 (1型・2型)  
・インスリン自己注射の有無 (有・無)

## ・過去6か月遡ったHbA1cの値

	月	月	月	月	月	月
キビタン						
聞き取り数値 (聞き取り方法)	( )	( )	( )	( )	( )	( )

- \*1 キビタンに加入する前6か月分の検査値を書いてください  
\*2 口頭等での確認をしていない月は「一」の様に書き込んでください  
\*3 聞き取り数値欄に**数値が書けない場合は別紙の選択肢から該当する項目を選んで記載して下さい**

## ○キビタン健康ネットを使ってメリットと感じた点を○で囲んでください

- ・正しい検査値が確認できた ・患者からの信頼度が上がった ・合併症リスクが確認できた  
・処方意図が理解できた ・血糖以外の検査値も把握できた ・疑義照会につながった  
・医療機関と良い連携が取れた ・服薬指導の内容に幅が広がった ・その他( )

## ○キビタン健康ネットを使ってデメリットと感じた点を○で囲んでください

- ・PC操作が面倒 ・画面呼び出しに時間がかかる ・PC画面が見にくい  
・薬剤師の人数に対してPCが少ない ・作業に人手が割かれる ・検査値がアップされていない  
・検査値等個人情報に関して患者様とトラブルがあった ・その他( )

ご協力ありがとうございました

【送信先】福島県薬剤師会 FAX 024-549-2209