

トレーシングレポート（高齢者の低血糖防止に関して）

近森病院 糖尿病センター
公文 義雄 先生

報告日： 年 月 日
保険薬局名：
TEL：
FAX：
報告薬剤師名： ⑩

平素よりお世話になっております。

下記の患者様の低血糖症防止に関してご報告させていただきます。

ご査収の程よろしくお願い申し上げます。

患者 ID _____	患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 月 日生	(_____ 歳) 性別 (男 ・ 女)
HbA1c _____	
1 処方薬剤のうち血糖降下薬 (処方日 _____ 年 月 日)	
2 その他特筆すべき事項(患者訴え等)	

【近森病院低血糖防止のための情報提供基準】

インスリン、SU薬、グリニド薬を使用かつ下記の場合に情報提供をお願いします。

- 65歳以上 75歳未満の患者において HbA1c が 6.4% 以下の場合
- 75歳以上の患者において HbA1c が 6.9% 以下の場合