

# 「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」

## 個案轉介單(醫師轉介給藥師)

院所名稱	院所名稱		聯絡人
	地址		
	電話		傳真號碼
	醫師簽章 _____		日期____年____月____日
	藥師簽章 _____		日期____年____月____日
轉介藥師	藥師姓名		藥局名稱
	地址		
	電話		傳真號碼
	藥師簽章 _____		日期____年____月____日
<b>個案基本資料</b>			
1. 姓名：		2. 身份證字號：	3. 出生年月日：民國____年____月____日
4. 性別： <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 男 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 女		5. 電話：( )	6. 通訊住址：
<b>醫師轉介藥師照顧需求</b> (有需求項目請勾選，轉介時請檢附個案登錄表)			
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 藥物評估	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> 糖尿病用藥改變諮詢 <input type="checkbox"/> <sub>111</sub> 改變藥品_____ <input type="checkbox"/> <sub>112</sub> 改變劑量 <input type="checkbox"/> <sub>113</sub> 改變頻率 <input type="checkbox"/> <sub>114</sub> 其他_____ <input checked="" type="checkbox"/> <sub>12</sub> 整體用藥適當性評估 <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> 提升用藥配合度 <input type="checkbox"/> <sub>14</sub> 其他_____		
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 血糖監測	請醫師提供個案血糖控制目標及監測頻次： 控制目標：A1C：_____ AC：_____ PC：_____ 其他 _____ 監測頻次：每週_____次(早、中、晚、睡前、其他_____；AC/PC) <input checked="" type="checkbox"/> <sub>21</sub> 鼓勵及教導自我監測血糖 <input type="checkbox"/> <sub>22</sub> 追蹤血糖監測結果 <input type="checkbox"/> <sub>23</sub> 其他_____		
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 戒菸諮詢			
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 其他：_____			
備註：			

### 附件：個案登錄表

※ 本轉介單限使用乙次。

二聯單：「第一聯」送回原轉介單位；「第二聯」轉介單位留存

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」  
個案轉介單(醫師轉介給藥師)

104/02/07 第 1 版

104/03/23 第 2 版

個案基本資料

1.姓名：

2.身份證字號：

3.出生年月日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

藥師回覆轉介結果

回覆附件二糖尿病藥事照護紀錄表 8.3 內容(若有附件二 8.2 對個案之教育事項及追蹤，請附件給醫師參考)

(AA)藥物治療問題之描述：

(BB)藥師建議之解決辦法：

回覆日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

藥師簽名：\_\_\_\_\_

醫師回覆(上述藥師回覆轉介結果，有藥物治療問題建議內容，才需回覆)

- <sub>11</sub> 醫師增加一藥來治療    <sub>12</sub> 停用某藥    <sub>13</sub> 換用另一種藥物    <sub>14</sub> 更改劑量    <sub>15</sub> 更改藥物數量  
<sub>16</sub> 更改用藥間隔/頻率    <sub>17</sub> 更改治療期限    <sub>18</sub> 更改劑型    <sub>19</sub> 更改給藥時間  
<sub>22</sub> 以 BA/BE 學名藥替代    <sub>23</sub> 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置    <sub>24</sub> 醫師開始新治療法  
<sub>25</sub> 醫師沒接受意見，問題沒有解決    <sub>26</sub> 健保局不給付    <sub>27</sub> 病人因素    <sub>28</sub> 其他(請說明)

可依上述選項補充說明：

回覆日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

醫師簽名：\_\_\_\_\_

說明：醫師回覆 11~24 為接受，25~28 為不接受。

※ 本轉介單限使用乙次。      二聯單：「甲聯」送回原轉介單位；「乙聯」受轉介單位留存