

糖尿病連携手帳利用についてのアンケート手引き

1. 豊能圏域糖尿病地域連携クリティカルパス検討会の協力薬局であることの明示

協力薬局であることを示すポスターを、室内に掲示する。

2. アンケート用紙を入手

① 事前にメールまたは Fax 等で配布された用紙をコピー

② 池田保健所 HP：（豊能圏域糖尿病地域連携クリティカルパスについて）にアクセス
（<http://www.pref.osaka.jp/ikedahoken/criticalpath/index.html>）⇒糖尿病連携手帳
利用についてのアンケート様式をダウンロードし印刷。

3. 対象患者の抽出（実施期間：平成23年12月～24年2月）

持参された処方せんに下記の糖尿病薬の記載があれば、結果は豊能圏域糖尿病地域連携クリティカルパス検討会で活用されること、個人が特定されないことを説明し、アンケートの協力を依頼する

※糖尿病薬（インシュリン、インスリン抵抗性改善薬：ピグアナイド薬・チアソリジン薬、インスリン分泌促進薬：スルホニル尿素薬・グリニド系薬、食後高血糖改善薬： α -グルコシダーゼ阻害薬、その他：DPP-4 阻害薬）

4. 患者記入

協力が得られれば、患者にアンケート用紙と筆記用具を渡し、調剤中にアンケートの記入を依頼する。

5. アンケート回収

記載が終わればアンケート用紙を回収し処方薬剤を渡す

6. アンケートの提出

アンケート用紙に、送付日と薬局名、通し番号を薬局で記載し、池田保健所に

Fax（072-751-3234）する。

連絡先：大阪府池田保健所 企画調整課

Tel：072-751-2990

Fax：072-751-3234