

第1号様式

船健危対第 号
年 月 日

薬局長 様

船橋市保健所長 筒 井 勝

船橋市薬局DOTS依頼書

当保健所に登録された下記の結核患者に対する薬局DOTSの実施を依頼します。

なお、薬局DOTSの実施に当たっては、船橋市薬局DOTS実施要領を遵守のうえ実施されますようお願いいたします。

記

1. 患者氏名 _____

2. 生年月日 _____

3. 住 所 _____

4. 電話番号 _____

5. 依頼内容 直接服薬確認
 間接確認（手帳・残薬数・空袋・その他： _____）

第2号様式

船橋市薬局DOTS承諾書

年 月 日

船橋市保健所長 あて

薬局名
(又は法人名)_____

代表者名_____

住 所_____

電話番号_____ () _____

FAX番号_____ () _____

年 月 日付で依頼のありました薬局DOTSの実施を承諾します。
なお、薬局DOTSの実施に当たっては、患者の個人情報の取り扱いなどについて、
船橋市薬局DOTS実施要領を遵守します。

【保健所記入欄】

患者名 : _____

開始日 : _____ 年 月 日

終了日 : _____ 年 月 予定

(特記事項)

第3号様式

船橋市薬局DOTS実施報告書

年 月 日

船 橋 市 長 あて

薬 局 名
(又は法人名) _____

代 表 者 名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

薬局DOTSを下記のとおり実施しましたので、船橋市薬局DOTS実施内訳書（第4号様式）を添えて報告します。

記

() 月分薬局DOTS実施報告
服薬確認実施件数 () 件

【保健所記入欄】

上記の報告について、別添の船橋市薬局DOTS実施内訳書（第4号様式）と照合し確認しました。

船橋市保健所

職氏名 _____

第4号様式

船橋市薬局DOTS実施内訳書

() 月分

No.

薬局名				患者氏名	(-)
件数	実施日	服薬確認の実施時間		実施担当者名	保健所 確認
		始 : ~終 :	計		
1	日	: ~ :	分		
2	日	: ~ :	分		
3	日	: ~ :	分		
4	日	: ~ :	分		
5	日	: ~ :	分		
確認事項		有無	問題点、状況等 (確認事項が有の場合に記入してください。)		
副作用		有・無			
誤薬・怠薬		有・無			
抗結核薬処方内容		INH・RFP・EB・PZA・その他 :			日分
その他特記事項 (有・無)					

※薬局DOTS実施報告書(第3号様式)及び本実施内訳書に記入のうえ翌月5日までに報告してください。
 ※患者票の記載事項に変更があった場合(処方する医療機関の変更、抗結核薬の処方内容が患者票に記載されている薬品名以外に変更となった場合など)は、患者票記載事項変更の手続きが必要です。患者さんへお伝えいただくか、船橋市保健所健康危機対策課(047-409-2867)へのご連絡にご協力くださいますようお願いいたします。