

DOTS番号の間違い注意

DOTS No.: 〇〇 - 〇〇

〇〇 年 〇 月

DOTS記録票

生年月日: 〇〇年 〇月 〇日

2 枚目以降も記入

DOTS様式3-1 (記入例)

日 (曜日)	使用薬剤と量	確認方法			症状	特記事項	DOTS 実施	訪問 不在	キャン セル	支援者 サイン
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳						
1(月)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ 該当する症状に「○」を記入					
2(火)					無 発疹・食欲不振・肝障害・					
3(水)					無 発疹・食欲不振・肝障害・					
4(木)					無 発疹・食欲不振・肝障害・					
5(金)	INH 300mg RFP 600mg EB 750mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・					
6(土)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・	受診日 30日分処方				
7(日)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・					
8(月)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・	DOTS初回、保健師同行が 分かるように記載				
9(火)					無 発疹・食欲不振・肝障害・	目の前で服薬を確認した場合は「DOT」に○				
10(水)	INH 300mg RFP 600mg EB 750mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・	DOTS初回保健師同行 EB16日で終了予定。次回17日(水)予定	○			▲▲
11(木)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
12(金)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	症状の訴えを記載する。 なければ「無」に「○」				
13(土)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
14(日)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
15(月)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	終了日が分かるように記載				
16(火)	↓		○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	EBは終了				
17(水)	INH 300mg RFP 600mg		○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	次回24日(水)予定	○			▲▲
18(木)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
19(金)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
20(土)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	薬殻が確認できない場合は、理由を記載				
21(日)			×	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	薬殻確認できず、外出先で捨てた、内服した たのとこと、服薬手帳の記載は確認できた				
22(月)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
23(火)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	訪問不在やキャンセルの場合は変更日程を記載 し、訪問不在欄またはキャンセル欄に「○」				
24(水)	↓		○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	当日キャンセル、25日(木)に変更			○	
25(木)	INH 300mg RFP 600mg	○		○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	次回31日(水)予定※様式3-2参照	○			▲▲
26(金)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
27(土)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	様式3-2に別途記載している場合は記載				
28(日)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
29(月)			○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・					
30(火)	↓		○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	DOTS終了、保健師同行が 分かるように記載				
31(水)	INH 300mg RFP 600mg	○		○	無 発疹・食欲不振・肝障害・	DOTS終了、保健師同行	○			▲▲

【保健福祉センター記載欄】

実施回数/必要回数	4/ 4	保健福祉センター サイン	担当保健師	印	/	担当係長	印
-----------	------	-----------------	-------	---	---	------	---

実施回数からは訪問不在及びキャンセルの回数を除く。
必要回数は区担当保健師がひと月あたり必要と考えていたDOTS回数を記入。

※毎日内服でない(週3回内服など)薬剤がある場合、内服状況・内服日がわかるように「使用薬剤と量」「特記事項欄」などへ記載。

DOTS記録票

DOTS No.: —

区保健福祉センター

[illegible]

※DOTS様式3-2を作成した場合は、DOTS様式3-1とともに区保健福祉センターへ提出してください。

DOTS記録票

DOTS様式3-2(記入例)

DOTS No.: ○○ - ○○

2枚目以降も記載

○○ 区保健福祉センター

日(曜日)	面接方法	相手	記 事(2-1特記以外)	支援者 サイン
4/1(金)	訪問	本人、 母	保健師同席。DOTS初回面接。 体調変わり、薬の副作用症状なしとのこと。次回4月13日 結核薬は毎朝8時に飲む。薬の副作用症状なしとのこと。次回4月13日 DOTSは 分1 朝内服	2枚目以降も記載 服薬支援者の記録・ サインを確認し保健 師のサイン
4/8(金)	訪問	本人	退院後自宅での生活にまだ慣れず疲れることがあるが、精神的には自宅に 帰れてほっとしていると笑顔で話される。疲れを残さないように、時には休養を とりながら少しずつ身体をならすように伝える。	客観的な情報を記載 面接相手の記載 保健師同行日は記載
4/15(金)	訪問	本人	4月11日受診、X-P、採血、喀痰検査実施。次回5月16日受診予定。 EB750mgが4月16日で終了予定。以後、INHとRFP継続との事。	服薬支援者の記録・ サインを確認し保健 師のサイン
4/22(金)	訪問	本人	「薬を飲み始めてからご飯が食べられなくなった」との発言あり 結核薬は毎朝8時に飲む。薬の副作用症状なしとのこと。次回4月13日 伝えました。	次回の受診予定、薬剤の変更・終了日の情 報収集した場合は記載
			また、次回訪問曜日が祝日のため日程変更(4月28日)の説明をする。	▲▲/○○
4/28(木)	訪問	本人	食欲は回復しており、ご飯も食べられている。体が 6日分薬殻確認。体調変わりなし。昨日か 体力をつけようと思っていると話される。無理はしないようにアドバイスする。	事前に日程の変更や申し出があった 場合は、やりとりの記載
5/6(金)	訪問	本人	8日分薬殻確認。体調変わりなし。少しずつ食欲増えてきたとの事。 体のだるさ、手先のしびれは継続。継続事項については、次回の受診日 5/16に主治医に相談するとのこと。	▲▲/○○
8/12(金)	訪問	本人	7日分薬殻確認。体調変わりなし。あと4日で服薬終わりますねと笑顔で 話される。	▲▲/○○
8/19(金)	訪問	本人	保健師と同行訪問。 8月16日で服薬終了。今後も DOTS終了する。	DOTS終了が分かるように記載

上記内容は例文です。

○服薬支援者の主観的内容は記載せず、客観的内容を記載してください。
たとえば、「2日前から37度の発熱があり、風邪をひかれたようである」では
なく、「2日前から37度の発熱あり。風邪かもしれないから明日受診すると言
われていた。」と患者様の発言、症状などを記載してください。

DOTS記録票

FAX送付状

日時： 年 月 日 ()

送付枚数： 枚 (表紙含む)

送信元：

送付先： 区保健福祉センター

服薬支援者：

担当保健師：

連絡先：

下記書類を送付いたしますのご確認ください。

●DOTS記録票 (様式3-1) 枚

●DOTS記録票 (様式3-2) 枚 (様式3-2を作成した場合は提出要)

●その他 枚

