

保険薬局様へ

この用紙は当院薬剤部までFAXしてください

服薬情報提供書(アダリムマブBS皮下注シリンジ自己注射チェックシート)

Ver.20230913

担当医

科

先生

* 確認した項目について、その評価を確認欄に○△×にてご記入いただき、適宜コメント等記載のうえ、当院薬剤部までFAXしてください。

京都第二赤十字病院薬剤部 直通TEL:075(212)6940 FAX:075(212)6113

問題なし:○ やや不安あり:△ 不安あり:×			確認 (○△×)
アドヒアランス	1	用法・用量を正しく理解している (用法・用量:)	
	2	用法・用量を守って注射している	
準備	3	冷蔵庫から取り出し、箱のまま15-30分置き、室温に戻す	
注射	4	注射する場所を正しく選ぶことができる(腹部、大腿部、上腕部) * 前回注射したところから3cm以上離す * 皮膚が赤くなっていたり、傷があったり、硬くなっている場所には注射しない	
	5	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	6	注射をする(注射部位の皮膚をつまみ、皮膚に対して約45-90度の角度で針を刺す)	
	7	ゆっくりと薬液を注入する(内筒を最後まで押し切る)	
	8	針を抜いて、注射部位をアルコール綿で約5秒間ほど押さえる(もまない)	
廃棄	9	シリンジは専用の廃棄容器に廃棄する * 後日まとめて医療機関に持参する(リキャップせずに廃棄する)	
保管と管理	10	使用前は箱のまま冷蔵庫で保管する(凍結させないように注意)	

【確認日】 年 月 日 【服薬情報提供に関する患者の同意】 ☐ あり ☐ なし

【患者ID】 【保険薬局名(TEL)・担当薬剤師】

【患者名】 様

【確認回数】 初回 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ ()回目

【コメント】