

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（ベンリスタ^{皮下注オートインジェクター}自己注射チェックシート）

Ver.20230228

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(何曜日):	
	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、包装を開封せずに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) * 同じ箇所には繰り返し注射しない * 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 * へその周り5cmには注射しない * 腕には投与しない	
	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 * キャップを外し、針カバーの面を皮膚に直角に当て、「カチッ」と音がするまでしっかり押し当てる	
	7	注射器を抜く * 2回目の「カチッ」の音から3秒以上数えて皮膚から離す * 紫色の確認バーが停止していることを確認	
	8	注射部位をアルコール綿で10秒間ほど押さえる(もまない)	
廃棄	9	キャップをせずに専用の廃棄袋に廃棄する(キャップは家庭ゴミとして廃棄可) * 後日まとめて医療機関に持参する	
保管と管理	10	使用前は包装を開封せずに冷蔵庫で保管する(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】