

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 (シムジア^{皮下注シリンジ}自己注射チェックシート)

Ver.20190328

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、室温に戻す(30分程度が目安)	
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	注射部位の皮膚を、親指と人差し指で2.5cm程度つまんで、注射器を斜めに刺す	
	7	ゆっくりと薬液を注入する(ピストン棒を最後まで押し切る)	
	8	同じ角度で注射器を抜く	
	9	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	10	キャップをせずに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	
保管と管理	11	使用前は箱のまま冷蔵庫で保管する(凍結させないよう注意)	

【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】