

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 (エンブレル<sup>皮下注ペン</sup>自己注射チェックシート)

Ver.20190416

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 注射の15~30分前にペンを冷蔵庫から出し、室温に戻しておく	
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 皮膚に対して垂直に、ペンの先端部の青い部分が十分に押し込まれるまで、しっかり皮膚に押しあてる	
	7 注射ボタンを押し、そのままの状態約10秒間待つ * 注射ボタンから手が離れても問題なし * 2回目の「カチッ」が鳴るまでペンの先端部が皮膚から離れないようにする	
	8 注射器を抜く * 薬液表示部分が紫色になっていることを確認する	
	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 本体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 * 廃棄ボックスはフタをロックしてしまうと開かなくなるので注意	
保管と管理	11 使用前は箱のまま冷蔵庫に保管する(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】