

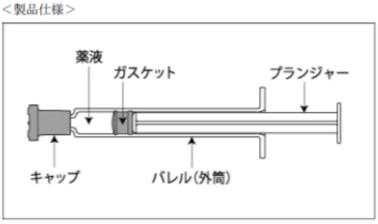
保険薬局様へ この用紙は当院薬剤部までFAXしてください

服薬情報提供書（ヘパリンカルシウム皮下注シリンジ 自己注射チェックシート） Ver.20190521

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 気泡を上部に集め、注射器に注射針を接続する	
	4 針を上にして空気を除去後、ガスケットの先端を指示用量に合わせる	
注射	5 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、臀部) * 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	
	6 注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	7 ゆっくりと薬液を注入する(内筒を最後まで押し切る)	
	針を抜いて、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	8 注射器と注射針は専用の廃棄容器(ない場合はビンや缶などの固い容器)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	9 * 未開封のまま、光と湿気を避けて室温(1~30℃)で保管(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】