

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 (ヒューマトロップ<sup>®</sup>注射用自己注射チェックシート)

Ver.20230712

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	用法用量を理解している			
準備	2	(初回のみ)薬剤の溶解ができる			
	3	(初回のみ)カートリッジの取り付けができる			
	4	注射器に注射針をまっすぐ差し込み取り付ける			
	5	(初回のみ)空気抜きができる			
注射	6	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する			
	7	注射をする(注入ボタンを押したまま5秒以上待つ) ※注射する場所は毎回変える			
	8	注射器を抜く(注入ボタンを押したまま注射針を皮膚から抜く)			
廃棄	9	注射針は瓶等の突き抜けない安全な容器に入れて廃棄する * 注射針は毎回交換する * 注射針を後日まとめて医療機関に持参する * 注射器本体の廃棄については、医療機関に持参または各自治体に従う			
保管と管理	10	正しい方法で保管する * 使用開始前または開始後に関わらず、冷所(2~8℃)で保管する(凍結×) * 溶解後のカートリッジを室温に置く時間は1日30分以内にする			
	11	溶解後の使用期限(38日以内)を遵守している			

【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】