

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（インスリン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 【懸濁製剤の場合】 インスリンが均一になるよう十分混和する	
	4 注射器カートリッジ先端のゴム栓をアルコール消毒綿で消毒する	
	5 注射器に注射針をまっすぐ差し込み取り付ける	
	6 投与前に「空打ち」を行う	
注射	7 注射する場所を正しく選ぶ * 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	
	8 注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	9 注射をする(注入ボタンを押したまま決められた秒数待つ)	
	10 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	11 注射針は専用の廃棄容器に廃棄する * 注射針は毎回交換する * 注射針は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	12 正しい方法で保管する * 未開封の未使用品は冷蔵庫に保管する。(凍結× 風の直接あたる所×) * 開封して使用を始めているものは室温で保管する。その際、直射日光の当たる所、高温になる所は避ける(車の中×)	
	13 使用開始後の使用期限を遵守している	
副作用	14 低血糖の症状について知っており、ブドウ糖を携帯している	

【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】