

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 (オレンシア 皮下注オートインジェクター 自己注射チェックシート) Ver.20190409

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、箱のまま約30分置き、室温に戻す	
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	皮膚を軽くつまみ、オートインジェクターを注射部位に直角に押し当てる * 2段目の安全カバーが、1段目に格納されるまで、しっかり押し当てる	
	7	注射をする(注射ボタンを「カチッ」と音がするまで押す) * 薬液がすべて入りきるまで、15秒間は押し当てたままにする * 注射中に注射ボタンを押し続ける必要はない	
	8	注射器を抜く * 薬液確認窓の紺色部分の動きが止まっていることを確認	
	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】 \_\_\_\_\_