

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<sup>皮下注シリンジ</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	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	注射をする 【シリンジの場合】注射部位の皮膚をつまみ、皮膚に対して約45度の角度で針を刺す 【補助具使用の場合】注射部位の皮膚をつまみ、皮膚に対して垂直に針を刺す			
	7	ゆっくりと薬液を注入する(内筒を最後まで押し切る)			
	8	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	9	シリンジ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			
保管と管理	10	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】