

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 (オゼンピック<sup>皮下注SD</sup> 自己注射チェックシート)

Ver.20201020

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 週1回、同じ曜日に注射をする ( 曜日: ) * 投与をし忘れた場合、 ・次回投与までの期間が2日間(48時間)以上ある場合:気づいた時点ですぐに投与し、その後はあらかじめ定めた曜日に投与する ・次回投与までの期間が2日間(48時間)未満の場合:投与せず、次のあらかじめ定めた曜日に投与する * 週1回投与の曜日を変更する必要がある場合は、前回投与から少なくとも2日間(48時間)以上間隔を空ける	
準備	2 冷蔵庫から取り出し、室温に戻す(30分程度が目安)	
注射	3 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2~3cm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	
	4 注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	5 キャップを外し、底面を皮膚に垂直にしっかりとあてる	
	6 約10秒間皮膚に押し付ける(1度目の「カチッ」という音が薬液注入開始の合図)	
	7 注射器を皮膚から離す(2度目の「カチッ」という音の後、小窓の黄色マーカールが下がり止まったら薬液注入終了の合図)	
廃棄	8 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)	
9 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】