

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 (シンポニー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.20191226

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 冷蔵庫からケースを取り出し、ケースを開封してオートインジェクターを取り出し、室温で少なくとも30分置く	
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、上腕部の後ろ※) * 前回注射した箇所に繰り返し注射しない * 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 * へその周り5cmには注射しない ※上腕部の後ろに注射するときは、介護者等が注射する	
	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 * 皮膚にオートインジェクターを強く押し当て、ボタンを押す(「カチッ」という音が鳴る) * そのままの状態、2回目の「カチッ」という音が鳴るまで待つ(ボタンを押し続ける必要はない)	
	7 注射器を抜く * 音が聞こえにくい場合は、ボタンを押してから15秒数えた後にオートインジェクターを離す * 注射が完了したら、黄色の表示が確認窓のおよそ半分の位置に表示される	
	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)	
廃棄	9 オートインジェクターは専用の廃棄袋に廃棄する * 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】