

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（ソグルーヤ^{皮下注}自己注射チェックシート）

Ver.20230401

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 週1回、同じ曜日に注射をする（曜日： ） * 投与をし忘れた場合、 * あらかじめ定められた投与日から3日（72時間）以内である場合：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 * あらかじめ定められた投与日から3日（72時間）を超えている場合：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4日間（96時間）以上間隔を空ける	
準備	3 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	
	4 注射器に注射針をまっすぐ差し込み取り付ける	
	5 投与前に「空打ち」を行う	
注射	6 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	
	7 注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	8 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）	
	9 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	10 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	11 正しい方法で保管する * 使用開始前または開始後に関わらず、冷所（2～8℃）で保管する（凍結×） * 直射日光の当たる所や高温になる所は避けて保管する（車の中×） * 冷所保管ができない場合、室温（1～30℃）で3日間（72時間）まで保管可能	
	12 使用開始後の使用期限（6週間以内）を遵守している	

【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】