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 （ソリクア配合注ソロスター自己注射チェックシート）

Ver.20210104

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〇△×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：〇　やや不安あり：△　不安あり：×			確認（〇△×）
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	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	
	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10秒以上待つ）	
	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 ＊未開封の未使用品は冷蔵庫に保管する。（凍結×　風の直接あたる所×） ＊開封して使用を始めているものは室温で保管する。その際、直射日光の当たる所、高温になる所は避ける（車の中×）	
	12	使用開始後の使用期限を遵守している （開封後31日以内）	
副作用	13	低血糖の症状について知っており、ブドウ糖を携帯している	

【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】