

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（テリパラチドBS_{皮下注キット}自己注射チェックシート）

Ver.20200423

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	毎日決まった時間に注射をする	
準備	2	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	
	3	注射器に注射針をまっすぐ差し込み取り付ける	
	4	初回投与時は「空打ち」を行う(初回のみ、注射2日目以降は不要)	
注射	5	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	
	6	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	7	注射をする(注入ボタンを押したまま5秒以上待つ)	
廃棄	8	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)	
	9	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	10	注射後は、すぐに冷蔵庫に保管する * 凍結させないように注意する(凍結した場合は廃棄する) * うっかり室温に放置していた場合は、温度や時間の影響により使用継続ができない場合もあるため、医療機関に問い合わせる	
	11	使用開始から28日経過した場合は、薬液が残っていても廃棄する	

【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】