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(デュピクセント皮下注シリンジ自己注射チェックシート)

Ver.20191223

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	注射の45分以上前に、注射器を冷蔵庫から出し、室温に戻しておく	
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) ＊前回注射したところとは違うところに ＊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以内は注射しない	
		5	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	補助具なし	6	注射器を持つ際、プランジャーには触らない	
	補助具なし	7	注射する部位の周囲の皮膚をつまみ、約45度の角度で注射針を刺す	
	補助具あり	6	補助具に注射器をセットする際、プランジャーに触らない	
	補助具あり	7	皮膚に対して垂直に注射針を刺す	
		8	注射液を最後までゆっくりと注入する ＊20～30秒かけて、ゆっくり行う	
		9	注射器を抜く ※プランジャーヘッドから押した指を離さずに、挿入した時と同じ角度で注射針を抜く	
		10	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		11	本体は専用の廃棄容器に廃棄する ＊後日まとめて医療機関に持参する	
保管と管理		12	使用前は箱のまま冷蔵庫に保管する(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】