

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^{皮下注ペン} 自己注射チェックシート)

Ver.20201211

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	
	6	緑のキャップをまっすぐに引き抜く	
	7	注射部位に対して垂直に注射器を当てる	
	8	黄色の針カバーが見えなくなるまで皮膚に押し当て、注入が終わるまでそのままにする * 最長20秒	
	9	注射器の確認窓全体が黄色に変わった後、5秒数えてから注射器を皮膚から離す	
	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	キャップをせずに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】