

GLP-1受容体作動薬自己注射 服薬情報提供書

保険調剤薬局→公立昭和病院

042-466-9490までFAXしてください

公立昭和病院

科

先生

年

月

日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

薬局名

電話

住所

(FAX)

保険薬剤師名

印

患者ID	患者氏名
性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平	年 月 日生(歳)

薬剤名	処方せん発行日	年	月	日
	調剤日	年	月	日

* 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、適宜コメントなど記載のうえ、FAXして下さい

注射薬について(週1製剤:トルリシティ・オゼンピック等)		○:できる	△:少し説明すればできる	×:できない
準備	注射薬の名前を知っていますか			
	注射するタイミング(曜日、時間)を知っていますか			
	注射する場所を消毒しましたか			
注射	注射部位を毎回ずらすことを知っていますか			
	キャップを外し、底面を皮膚に垂直にしっかりとあてて、ロックを解除出来ますか(トルリシティ)			
	皮膚にしっかりとあてたまま、注入ボタンを押せますか(1度目のカチツという音を確認)(トルリシティ)			
	2度目のカチツという音を確認した後、注射器を皮膚から離しましたか(トルリシティ)			
	キャップを外し、底面を皮膚に垂直にしっかりとあてて、黄色マーカーが下がり止まるま押し当てることが出来ますか(オゼンピック)			
	黄色マーカーが止まってから、ペンを皮膚から離していますか(オゼンピック)			
廃棄	使用済注射薬の正しい廃棄法を知っていますか			
保管	未使用の注射薬の保管方法を知っていますか			
その他				
	低血糖の症状、対処法を知っていますか			
	シックデイ時の対処法を知っていますか			
コメント				

確認日 月 日