

自己注射チェックシート

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

報告日

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(インスリン・GLP-1受容体作動薬等)		○: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	
	注射する単位数とタイミング(例:食直前)を知っていますか	
	(懸濁した製剤の場合)注射薬が均一になるまで混ぜましたか	
	先端のゴム栓を消毒しましたか	
	注射針を正しく注入器に取り付けましたか	
	空打ち(試し打ち)出来ましたか	
注射	単位表示を主治医に指示された単位に設定できましたか	
	注射部位を少しずつずらすことを知っていますか	
	注射する場所を消毒しましたか	
	皮膚に注射針を刺し、注入ボタンが止まるまで押し切りましたか	
	5~10秒待った後、注入ボタンを押したまま注射針を抜きましたか	
廃棄	注射後、注射針を取り外しましたか	
	外した注射針の正しい廃棄法を知っていますか	
保管	使用中のインスリンの保管方法を知っていますか	
	未使用のインスリン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		
		チェックリスト確認日 年 月 日
連絡事項 (病院使用欄)		
	返信日 年 月 日	公立昭和病院 薬剤部 薬剤師