

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
住所

電話
(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
調剤日

年 月 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	
	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度目のカチッという音を確認)	
	2度目のカチッという音を確認した後、注射器を皮膚から離しましたか	
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		
		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	