

(保険薬局 ⇒ 病院用)

[FAX:0763-53-2033(薬剤科直通)に送信下さい(平日 8:30~17:15)]

[至急時は FAX後、TEL:0763-53-2036(薬剤科直通)にご連絡下さい]

薬局名 _____ (担当者 _____)

薬局 TEL _____ FAX _____

患者ID【 患者名【	】 】	指導日: 年 月 日	処方日: 年 月 日		
チェック項目	評価基準(○を記入)				コメント
	できる	ほとんど できる	あまり できない	できない	
1)フォルテオ皮下注キット、注射針、アルコール綿は準備できますか?	3	2	1	0	
2)ゴム栓を消毒していますか?	3	2	1	0	
3)注射針を準備し装着できますか?	3	2	1	0	
4)赤い線が見えるまで黒いボタンを引くことができますか?	3	2	1	0	
5)注射部位を消毒していますか?	3	2	1	0	
6)注射部位を毎日変えて注射していますか?	3	2	1	0	
7)黄色い線が見えなくなるまで黒いボタンを押すことができますか?	3	2	1	0	
8)注射したとき5秒数えていますか?	3	2	1	0	
9)注射針を外すことができますか?	3	2	1	0	
10)注射針を針入れへ捨てていますか?	3	2	1	0	
11)キャップをした後、冷蔵庫に保管していますか?	3	2	1	0	
12)フォルテオパスポートに記入していますか?	3	2	1	0	
<<備考欄>>(該当項目にチェックをつけてください。また、主治医に報告事項があればその他の欄に記載してください。)					
【指導対象者】 <input type="checkbox"/> 1:注射を施行する人 <input type="checkbox"/> 2:それ以外の人(家族が代理で来店した場合等)					
【手技確認方法】 <input type="checkbox"/> 1:練習用キットを用いた手技指導 <input type="checkbox"/> 2:口頭での内容確認					
【その他】 _____					