

インスリン・GLP-1 自己注射製剤フォローシート

指導日： 年 月 日

ID： 患者氏名： 処方医：

指導薬剤名

投与当事者： 本人 ・ 家族 ・ その他

(○：できる ×：フォローが必要で評価

網掛け部の項目ができない場合は電話にて問い合わせをお願いします。)

自己注射について

1 使用する薬剤の名称・色・形が分かる	
2 投与回数・タイミング・単位数がわかる	
3 体調変化時の対処法がわかる (シックデイ)	

自己注射手技

1 注射器・アルコール綿・針を準備できる	
2 注射部位を理解している	
3 毎回違う場所を選ぶことがわかる	
4 (懸濁液の場合) 混和できる	
5 ゴム栓を消毒できる	
6 針をまっすぐ取り付けられる	
7 空打ちができる	
8 単位数を合わせることができる	
9 注射部位を消毒できる	
10 適切な角度で注射できる	
11 注入ボタンを最後まで押し 10 秒間保持できる	
12 ボタンを押したまま、針を抜ける	
13 注射針を正しく処理できる	

管理

1 注射針を毎回交換することを理解できている	
2 未使用の注射液を冷所で保管することを知っている	
3 使用中の注射液を室温で保管することを知っている	
4 室温での保管期間を知っている	

低血糖について

1 低血糖の原因を理解できる	
2 低血糖症状がわかる	
3 対処方法がわかる	
4 ブドウ糖を携帯する必要性が分かる	

<コメント欄>

Empty box for comments.

調剤薬局名： 連絡先電話番号： 担当薬剤師：