

# 海南病院 自己注射指導依頼書・報告書 テリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」/フォルテオ®皮下注キット600μg

～この用紙を受け取られた患者様へ～  
 自己注射製剤は正しく使用しなければ十分な治療効果を得ることができません。  
 初めて・継続にかかわらず、保険薬局でお薬を受け取られる際に、ご本人が自己注射手技の定期確認を受けられることをお勧めします。

～保険薬局の薬剤師の方へ～  
 当院では骨粗鬆症治療自己注射製剤の初回指導を行っています。自己注射継続のため2回目以降の手技確認をお願いします。  
 報告欄への記入後は、海南病院へFAXにて返信して下さい。 (FAX:0567-67-3697)

|      |         |         |  |   |
|------|---------|---------|--|---|
| 患者ID | 初回指導薬剤師 | 初回指導対象者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他【  | 】 |
| 患者氏名 |         | 手技実施者   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他【  | 】 |
| 生年月日 |         | 投与部位    | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> その他【 | 】 |

|                     |  |
|---------------------|--|
| 薬局名<br>連絡先<br>指導薬剤師 | 初回指導時特記事項<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
|---------------------|--|

| 【○:理解良好 △:理解不十分で再指導 ×:問題あり】<br>で評価して記入してください |                                    | 日付 | / | / | / | / | / | / | / |
|--|------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 説明・確認事項                                      | 骨粗鬆症治療継続の必要性・薬の効果効能                |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 冷所に保管している                          |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 副作用の有無【○:有り(詳細はコメントへ) ×:無し】        |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 併用薬・サプリメントの有無【○:有り(詳細はコメントへ) ×:無し】 |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 手技   | ① 注射針の取り付け                         |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | ② 空打ち(初回のみ)                        |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | ③ 注射部位の消毒                          |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | ④ 注射手技(注射部位の移動)                    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | ⑤ 使用済み製剤・針の廃棄方法                    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|  | ⑥ 忘れた時の対応                          |    |   |   |   |   |   |   |   |

※薬剤変更など必要な場合は、すみやかに疑義照会をしてください。

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| コメント | 指導時の患者さんの様子や残薬・副作用などについてご記入ください。 |
|      |                                  |