

先生 御机下

インスリン自己注射指導報告書

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日 患者ID _____

処方日 令和 _____ 年 月 日 調剤・初回指導日 令和 _____ 年 月 日

薬剤名 _____ , _____

用法用量 _____ , _____

<指導内容>

- 初回のためすべての項目の指導を行い、後日電話にて下記のように使用状況の確認を行いました。
- 追加・変更について指導を行い、後日電話にて下記のように使用状況の確認を行いました。

1. 使用するインスリンの特徴
<input type="checkbox"/> インスリンの名称と作用時間
<input type="checkbox"/> 注射のタイミングと回数、単位数
2. 自己注射の手技
<input type="checkbox"/> 懸濁製剤の振り方
<input type="checkbox"/> 注射針の装着
<input type="checkbox"/> 空打ち
<input type="checkbox"/> 単位数の設定
<input type="checkbox"/> 注射部位の消毒、注射部位の変更 (インスリンボールの予防等)
<input type="checkbox"/> 針の刺し方・角度
<input type="checkbox"/> 注入ボタンの押し方
<input type="checkbox"/> 針の抜き方
<input type="checkbox"/> 針の外し方
3. <input type="checkbox"/> 使用後の針の廃棄方法
4. <input type="checkbox"/> 保管方法や使用期限
5. <input type="checkbox"/> インスリン注射の交換時期
6. <input type="checkbox"/> 低血糖症状と対処法
7. <input type="checkbox"/> シックデイ時の対応 (インスリン単位調整を除く)

患者様の指導に対する状況

要再指導	一部乏しい面有り	概ね理解できた	十分理解できた
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

[薬剤師特記事項欄]

電話確認実施日 令和 _____ 年 月 日

保険薬局名 _____

指導薬剤師 _____

報告書送付先
〒031-8551 青森県八戸市白銀町字南ヶ丘1番地
青森労災病院 薬剤部
電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153(薬剤部)