

処方箋とあわせて2枚組でFAX(078-851-8656)して下さい。

③糖尿病関連注射製剤チェックリスト(患者さん氏名/ID:)

	糖尿病関連注射製剤
製剤について	<input type="checkbox"/> 製剤の名前とペンの色を知っていますか？ <input type="checkbox"/> 指示されている単位数を知っていますか？ <input type="checkbox"/> 注射する時刻を知っていますか？
準備	<input type="checkbox"/> 使用前に均一になるように混ぜていますか？(混和が必要な製剤のみ) <input type="checkbox"/> ゴム栓を毎回アルコール綿で消毒していますか？ <input type="checkbox"/> 注射針は毎回新しいものを使っていますか？
空打ち	<input type="checkbox"/> 空打ちは毎回行なっていますか？ <input type="checkbox"/> 空打ちの単位数を知っていますか？ <input type="checkbox"/> なぜ空打ちが必要か知っていますか？ <input type="checkbox"/> 注入ボタンを押し込んだ後、注射液が針先から出てくる事を確認していますか？
注入	<input type="checkbox"/> 注射する場所を毎回アルコール綿で消毒していますか？ <input type="checkbox"/> 注射する部位は毎回2~3cmずつ位置をずらしていますか？ <input type="checkbox"/> 注入ボタンを真上から確認し、ダイアル表示が「0」になるまでしっかりと押し込み、必要な時間を数えていますか？ <input type="checkbox"/> 注入ボタンを押ししたまま、注射針を抜いていますか？
後片付け	<input type="checkbox"/> 注射後、注射針を毎回安全に取り外せていますか？ <input type="checkbox"/> 使用済みの注射針の廃棄方法を知っていますか？
保管方法	<input type="checkbox"/> 使用中の注射薬は1~30°Cの涼しい場所で保管していますか？ <input type="checkbox"/> 未使用のインスリン製剤は冷蔵庫(2~8°C)で保存していますか？

保険薬局様連絡先: