

テリパラチド自己注射指導報告書（保険薬局用）

報告書は FAX にて、中国中央病院薬剤部まで送付ください。
 （原則として、3～6ヶ月に1回報告いただきますようお願いいたします）

公立学校共済組合 中国中央病院薬剤部 FAX 番号：084-970-2152

指導日：_____

病院での患者 ID：_____

患者名：_____

診療科：_____

処方医師：_____

<薬剤名> テリパラチド _____

<用法用量> 1日1回 皮下注射 _____

<内容>

	できた	もう少し	再指導が必要
1. 薬効、用法用量を理解できた			
2. 自己注射の手技を理解できた ・注射針の装着 ・空打ち（初回のみ） ・注入ボタンの設定 ・注射部位の消毒 ・針の刺し方、角度 ・注入ボタンの押し方 ・針の抜き方 ・針の取り外し			
3. 使用後の針の廃棄方法を理解できた			
4. 保管方法や使用期限を理解できた			
5. 交換時期を理解できた			

<コメント欄>

保険薬局名：_____（TEL：_____）

指導薬剤師：_____