テリパラチド自己注射指導報告書（保険薬局用）

公立学校共済組合中国中央病院　御中

指導日：　　　　　年　　　　月　　　　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：

送付先：病院薬剤部（084‐970‐2125）にFAX して下さい