近江草津徳洲会病院　薬剤部　宛

一般インスリン用

患者ID：　**処方箋の性別の上に記載されている番号**

氏名　（生年月日：　　年　　月　　日）　様

のインスリンの手技確認を行いました。

処方日時：　　年　　月　　日　　指導日：　　年　　月　　日

特に**手技に問題無ければ**、**赤枠部分のみ**の記載をお願いします。

確認の結果、（問題ありませんでした　・　一部不安があります）

↓問題があれば下記記載してください。

	△	×
①インスリンのキャップをはずし、ゴム栓を消毒する		
②注射針を取り付ける		
③針ケースと針キャップをはずす		
④空打ちをする。2単位に合わせる		
⑤気泡を上に集め、注入ボタンをしっかり押す		
⑥指示された単位に合わせる		
⑦注射部位を消毒し、注射針をさす		
⑧注入ボタンを押し、そのまま5秒以上まつ		
⑨注入ボタンを押したまま針を抜く		
⑩針を取り外す		
⑪キャップをつける		

手技に問題ある場合のみ記載してください。

※△：声かけをすれば施行できていた

※×：施行できていなかった

＊特記事項＊（違うデバイスに変更が必要など、特に処方医等に伝えるべき点があれば記載してください。）

手技に問題ある場合のみ記載してください。
自由記載欄です。主治医へ伝える必要があることなどがあれば、記載お願いします。

薬局名：

ご連絡先：

ご担当者：