近江草津徳洲会病院　薬剤部　宛

トルリシティ用

患者ID：

（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

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穿刺部を消毒する		
②灰色のキャップをはずす		
③底面を皮膚にあて、ロックを解除する		
④注入ボタンを押し、そのまま待つ		

※△：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。）

薬局名：

ご連絡先：

ご担当者：