

# 自己注射手技 評価報告書

〈 保険薬局 担当薬剤師の先生へ 〉

今回、自己注射手技指導を行ったため、その後の評価をお願いします。次回診察後の来局時に時間を確保の上、本用紙を用いて確認・評価し、速やかに当院薬剤管理課にFAXで返信いただくようお願いします。また、その後も継続した確認・評価が必要と判断し、医師へ報告が必要な場合は、トレーシングレポート(施設間薬剤情報提供書)等を活用してください。ご不明な点等があれば、下記へご連絡ください。

鈴鹿回生病院 薬剤管理課 TEL:059-375-1321、 FAX:059-375-1389

依頼医師	岡 宏次	依頼日	2025/3/27
患者氏名	テスト 患者003 様	患者ID	99999003
患者情報 ※病院担当者記入	指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	評価対象薬剤	( 種類 )	
	次回診察予定	月 日	☆評価報告書を受け取った保険薬局は、次回診察(来局)予定までに注射手技評価に必要な操作指導用練習器等の準備をお願いします。

## 【 自己注射評価チェックリスト 】

※全ての項目を○か×で評価し、評価コメントを①～⑳の項目番号を活用して簡潔に記載してください。

	評価	
製剤について	①使用する製剤の名前や効果を理解していますか。	
	②注射の投与間隔について理解していますか。(例:1週間、2週間、1ヶ月など)	
	③薬の保管方法について理解していますか。	
	④薬の使用期限の確認はしていますか。	
注射の準備	⑤冷蔵庫から取り出した後、決められた時間で室温に戻していますか。(例:30分、45分、60分など)	
	⑥注射する場所は明るく、平で清潔な場所ですっていますか。手は洗いましたか?	
	⑦必要なもの(薬剤、消毒綿、準備マット、タイマー、廃棄容器など)は準備できていますか。	
	⑧薬液に異常がないか確認しましたか。	
注射の仕方	⑨注射する部位がどこか理解していますか。	
	⑩注射部位は消毒していますか。	
	⑪薬剤本体のキャップ(シリンジの場合は針カバー)ははずしていますか。	
	⑫注射器を皮膚にあて、押し込むあるいはボタンを押すことができますか(シリンジの場合は正しい角度で皮膚に針を刺入し注入できていますか。)	
	⑬注入が終わるまで、決められた秒数待つことができますか。	
	⑭自己注射後、注射器の確認窓の色(シリンジの場合は液体がなくなっている)は確認していますか。	
注射後	⑮自己注射後、注射器を皮膚から離し、消毒綿で押さえていますか。	
	⑯注射は何時に行えばよいか知っていますか。	
その他	⑰自己注射後、廃棄の方法は理解していますか。	
	⑱決められた日に注射できなかった場合にどうしたらよいか知っていますか。	
	⑲体調管理ノート、日誌などがある場合:記載していますか。	
	⑳補助具を使う場合:正しく使用できていますか。	

病院からの指導コメント:

保険薬局からの評価コメント(別紙添付可):

病院担当者:

以上より、今後継続した確認・評価は( 必要 ・ 不要 )です。

□返信に当たっては、患者の同意を得ています。 ※個人情報保護にかかる同意について左記にシ点チェックを入れて下さい。

保険薬局名	薬局	店	TEL	-	-
評価薬剤師			評価日	/	/

※診察室担当看護師の方へ 本用紙は該当患者診察前に医師へ渡し、確認後に押印して患者個人ファイルに保管して下さい。

担当看護師: