

ヘパリンカルシウム皮下注 5千単位 /0.2mL シリンジ「モチダ」

自己注射移行チェックシート

カルテ No.		患者氏名	
---------	--	------	--

患者用資材配布日	年 月 日
----------	-------

自己注射の説明日	年 月 日	年 月 日
----------	-------	-------

担当医等による指導下での自己注射実施記録

実施日	時 間	問題の有無	内 容
年 月 日	午前 / 午後	有 / 無	
年 月 日	午前 / 午後	有 / 無	
年 月 日	午前 / 午後	有 / 無	
年 月 日	午前 / 午後	有 / 無	
年 月 日	午前 / 午後	有 / 無	
年 月 日	午前 / 午後	有 / 無	

自己注射移行にあたっての確認事項

確認事項	
患者および家族が自己注射を希望し、自己注射の目的および意義を十分に理解している	はい / いいえ
患者および家族が「自己注射法マニュアル」の内容を十分に理解している	はい / いいえ
患者または家族が自己注射トレーニングにより正しく安全に注射することができる	はい / いいえ
自己注射移行トレーニング期間中、重大な副作用は発生していない	はい / いいえ
投与開始2週間以内は複数回来院し、HIT の検査を受けることに同意している	はい / いいえ
患者または家族が「自己注射日誌」の記録と担当医への提示を遵守できる	はい / いいえ

自己注射移行の適否および開始予定日	適 / 否	年 月 日
-------------------	-------	-------

担当医(署名日)	年 月 日	担当医(署名)	
----------	-------	---------	--