

医療関係者用 アポカイン®インジェクター自己注射指導チェック表

患者氏名： _____

指導項目	チェック欄
自己注射指導事前準備	
スターターキット(使い方ガイド、DVD、アポカイン日誌、患者向け冊子)の提供	<input type="checkbox"/>

指導項目	チェック欄	
自己注射の指導 (指導日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
注射操作の指導(使い方ガイド・DVD各STEP参照)		
カートリッジの装着 (STEP1)	<input type="checkbox"/>	
注射針(A型専用注射針)の装着 (STEP2)	<input type="checkbox"/>	
空気抜きの実施 (STEP3)	<input type="checkbox"/>	
注射の実施 (STEP4)	<input type="checkbox"/>	
注射針の取外し・廃棄 (STEP5)	<input type="checkbox"/>	
充電台への保管 (STEP5)	<input type="checkbox"/>	
カートリッジの強制交換 (STEP7)	<input type="checkbox"/>	
注意事項の説明		
注射部位(お腹、太もも、二の腕)	<input type="checkbox"/>	
投与間隔(2時間以上)、投与回数(1日5回まで)	<input type="checkbox"/>	
受診時にインジェクターを持参すること	アポカイン 日誌参照	
カートリッジの使用期限(14日)		<input type="checkbox"/>
薬液付着時の対応		<input type="checkbox"/>
自己注射の記録(アポカイン日誌)の書き方指導		<input type="checkbox"/>
注射針、カートリッジ、インジェクターの回収法		<input type="checkbox"/>
インジェクターの耐用期間(1年6ヶ月)		
使用開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/>
交換予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

監修：国立精神・神経医療研究センター病院 脳神経内科 医長 西川典子先生