

インスリンチェックシート

氏名 (ID:)

①インスリン手技聞き取り

1. 針を取り付ける際に苦勞する事はありますか。

はい いいえ

2. 空打ちはしていますか。

はい

・何単位で空打ちをしていますか。 あっている 間違っている

いいえ

3. 投与単位にあわせて打つ際に苦勞することはありますか。

はい いいえ

②副作用聞き取り

1. 低血糖症状かもしれないと不安になったことはありますか。

はい

・どのような症状で気づきましたか 異常な空腹感 冷や汗 動悸 震え 意識消失
(その他:)

・最後に起こったのはいつですか _____

いいえ

・以下の症状が出たことがありますか。 異常な空腹感 冷や汗 動悸 震え 意識消失

③自己血糖測定ききとり

1. 穿刺器具を準備する際に苦勞する事はありますか。

はい いいえ

2. センサーを本体に取り付けるときに苦勞することはありますか。

はい いいえ

3. センサーに血液をつけるときに苦勞する事はありますか。

はい いいえ

4. 測定について

()回 タイミング()

④治療アドヒアランス聞き取り

・主治医からHbA1cの目標値はいくつにしましょうといわれていますか。

()

・現在のHbA1cはいくつですか。(処方箋右側の検査値を確認してください)

()

・投与単位は何単位ですか。

あっている 間違っている

⑤治療薬コンプライアンス聞き取り

・インスリンはご自宅にどれくらいありますか。(残薬がある場合保管方法聞き取り)

(本、保管場所:)

・インスリンの針はご自宅にどれくらいありますか。

(箱)

薬局からの提案

・気をつけるポイント

☆今後の糖尿病管理目標

・薬剤師が介入するポイント