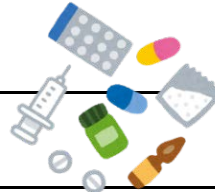




自己注射手技チェックシート

患者様により安全で安心してお薬を使って頂くため、自己チェックをお願い致します。お手数ではございますが、ご協力の程よろしく申し上げます。なお回答は自由です。答えたくない質問は、飛ばして次の質問にお進み頂いて構いません。

年齢は何歳代ですか。	20歳代以下	30歳代	40歳代	50歳代
	60歳代	70歳代	80歳以上	
現在インスリンを使われていますか。	はい			
	いいえ → 以上で終了です。ご協力ありがとうございました。			
インスリンを打ち始めて何年ですか。	今回がはじめて	1年未満	2年～3年	4年以上

設問番号 ※各設問より最も当てはまるものをひとつお選びください。

1	注射は色や注入ボタンによって識別できることを知っていますか。	1 はい 2 いいえ	
2	使っている注射の名前を知っていますか。	1 はい → 設問3へ 2 いいえ → 設問4へ	
3	使っている注射の名前と製剤の色をご記入ください。	名前: _____ 製剤の色: _____	
		名前: _____ 製剤の色: _____	
4	試し打ち(空打ち)は毎回されますか。	1 毎回している → 設問6へ 2 時々している → 設問5へ 3 していない → 設問5へ	
5	空打ちを毎回していない理由は何ですか。	1 知らなかった 2 気が焦ってしまうから 3 面倒だから 4 薬液が減ってしまうため 5 その他(_____)	
6	注射場所は毎回変えていますか。	1 はい 2 いいえ	 <p>何かご不明な点や気になる点等がございましたら、お気軽にお尋ねください。</p>
7	注入ボタンは最後まで押しきれていますか。	1 毎回 2 時々 3 していない	
8	注入ボタンを押した後、針はどれぐらいで抜きますか。	1 すぐに抜く 2 5秒カウントしてから抜く 3 10秒以上カウントしてから抜く	