

# 自己注射・SMBG チェックリスト(2回目以降)

確認日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 自己注射について チェック

1	注射の時間と回数がかかる	
2	注射の単位数がかかる	
3	体調変化時の対処法がかかる(シックデイ)	
4	使うインスリンの名称がかかる	
5	自己注射を忘れずにできる	

## 注射の準備

1	注射前に手洗いができる	
2	注射器を室温に戻している	
3	注射器・アルコール綿を準備できる	

## 注射の部位について

1	注射部位を理解している	
2	毎回違う場所を選んでる	

## 注射の仕方について

1	(懸濁液)混和できる	
2	ゴム栓を消毒できる	
3	針をまっすぐ取り付けられる	
4	空打ちができる	
5	注射部位を消毒できる	
6	単位数を合わせることができる	
7	目的の場所に注射できる	
8	皮膚を軽くつまみ適切な角度で注射できる	
9	注入ボタンを最後まで押し6・10秒間保持できる	
10	針を抜いた後アルコール綿で押さえる	
11	終了後、注射部位をもまない	
12	注射針を正しく処理できる	

## 自己血糖測定について

1	センサーのセットができる	
2	穿刺具の準備ができる	
3	穿刺部位を正しく決められる	
4	穿刺部位を消毒できる	
5	消毒部位が乾くまで待てる	
6	正しく穿刺できる	
7	センサー・穿刺針を処理できる	
8	測定値をノートに記入できる	
9	自己血糖測定を忘れずにできる	

## 低血糖について

1	低血糖の原因を理解している	
2	低血糖症状を知っている	
3	対処方法を知っている	
4	ぶどう糖を携帯している	
5	周囲の人にも話してある	

## 日常生活・その他

1	食事療法・運動療法を行っている	
2	注射針・穿刺針は毎回交換しているか	
3	インスリン注射液の保管方法を知っている	
4	使い方で困ったこと・不安に思ったことがある	
5	治療について将来不安におもうことがある	
6	低血糖を起こしたことがある	
7	注射をしていることを知ってほしい人がいるか	
8	身近な人に低血糖時の対応を伝えているか	
9	糖尿病について知りたいことがある	

## 指導内容

・薬剤名 (単位数) \_\_\_\_\_ )

・薬剤名 (単位数) \_\_\_\_\_ )

## 血糖測定回数

- 起床時 朝食前 昼食前  
夕食前 眠前  
医師の指示通り

## 指導薬剤師

①カルテ②薬局③患者様④⑤なし

湘南中央病院 薬局