**別紙　（注射薬）**　□：該当のチェックを入れてください（クリックするとチェックが入ります）作成日：　　　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 長期投与 | 制限なし  　（　　）日分処方可（　　　年　　月　　日から投薬制限解除予定） |
| 過敏症 | ピリン系　ペニシリン系　セフェム系　ヨード系　NSAIDs  キシロカイン系　該当なし |
| 添付溶解液の有無 | 無　有 （種類：　　　　　　、液量　　　　　mL） |
| 溶解液の条件（種類・液量） | 溶解不要  生理食塩液　ブドウ糖液　注射用水　添付溶解液  液量（　　　　　　　）mL |
| 希釈液の条件（種類、液量） | 希釈不要  生理食塩液　ブドウ糖液　注射用水　添付希釈液  液量（　　　　　　　）mL |
| 投与に必須の器具・デバイス | 無　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 有の場合  提供可　提供不可 |
| 投与する機材に関する制限  (PVCへの吸着など) | 無　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 投与ルート・輸液セット・  輸注セット指定 | 無　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 有の場合  提供可　提供不可 |
| 投与時のインラインフィルター使用 | 要（孔径指定：無　有（　　　　　　　　　　　）） |
| 不要  不要の場合、フィルター使用の可否について  可（一部でも可）　不可　不明 |
| 投与にあたっての同意の必要性 | 無　有 |
| その他注意すべき事項  (調製に関連すること など) | 無　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

自己注射について

|  |  |
| --- | --- |
| 自己注射の可否 | 不可　可　今後予定あり（時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 専用注入器の有無 | 無　有（専用注入器名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | ※有の場合は以下を記載  電池・バッテリー内蔵　無　有  破棄方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 在宅自己注射指導管理料の算定 | 不可　可  ※資材（デバイス、針、アルコール綿など）の払い出しの運用を処方開始日までに薬品情報室にお知らせください。払い出し運用について疑問があれば早めにご相談ください。 |

抗がん剤について（該当時のみ以下記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 催吐リスク分類 | 最小度　軽度　中等度　高度　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 血管外漏出時の組織障害分類 | ビシカント（起壊死性）　イリタント（炎症性）　ノンビシカント（非壊死性）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 溶解前のバイアル（キャップなし）の  質量（凍結乾燥製剤のみ） | （　　　　　　　　　　　　）g |
| 比重（溶液製剤のみ） | （　　　　　　　　　　　　）g/mL |

**別紙　（注射薬）**

採用にあたって削除薬がある場合（削除薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 削除薬の同成分薬 |  |
| 削除薬の同効薬  例：ボルタレン錠25mg（院外）（ジクロフェナクナトリウム）  ※当院の採用薬のみ記載  ※院外限定採用薬の場合は一般名の前に（院外）を入れてください |  |