

# インスリン治療の 注射と生活とこころ チェックリスト

慣れた時用



# チェックリスト【慣れた時用】

インスリン 製剤名	患者名	年齢	歳
		性別	男・女

注射について		はい	いいえ	対応済
準備	インスリン製剤の名前を知っていますか			
	注射する単位数とタイミング(例:食直前)を知っていますか			
	先端のゴム栓の消毒を忘れずに行っていますか			
	注射針を毎回交換していますか			
	空打ち(試し打ち)を毎回行っていますか			
注射	5~10秒*待った後、単位設定ダイヤルを押したまま注射針を抜きましたか			
	毎回、皮膚を消毒し、違う場所に注射していますか			
片付け	外した注射針を主治医の指示に従って廃棄していますか			
	保管方法で困難なこと、失敗したことがありますか			

\*保持時間については各メーカー配布資料をご参照ください。

生活とこころについて		はい	いいえ	対応済
使い方	注射を忘れてしまった(できなかった)ことがありますか			
	使い方で、困ったこと、不安に思ったことはありませんか			
生活	日常生活で不便なことがありますか			
	インスリン治療について、将来不安に思うことがありますか			
	インスリン注射を始めて治療費用の負担を感じますか			
	注射をやめたいと思うことがありますか			
治療	低血糖を起こしたことがありますか			
	シックデイの対処法を知っていますか			
	糖尿病(インスリン治療)で知りたいことがありますか			
	現在の薬剤の効き方に満足していますか			
環境	インスリン注射以外に治療したいと思っている症状がありますか			
	インスリン注射をしていることを知って欲しい人はいますか			
	身近な人に低血糖時の対処法を伝えていますか			

[回答補足]

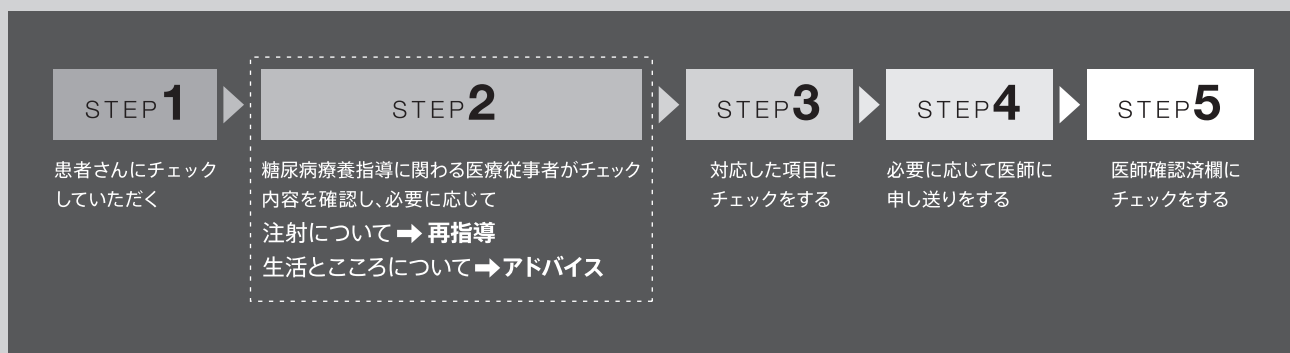
.....

.....

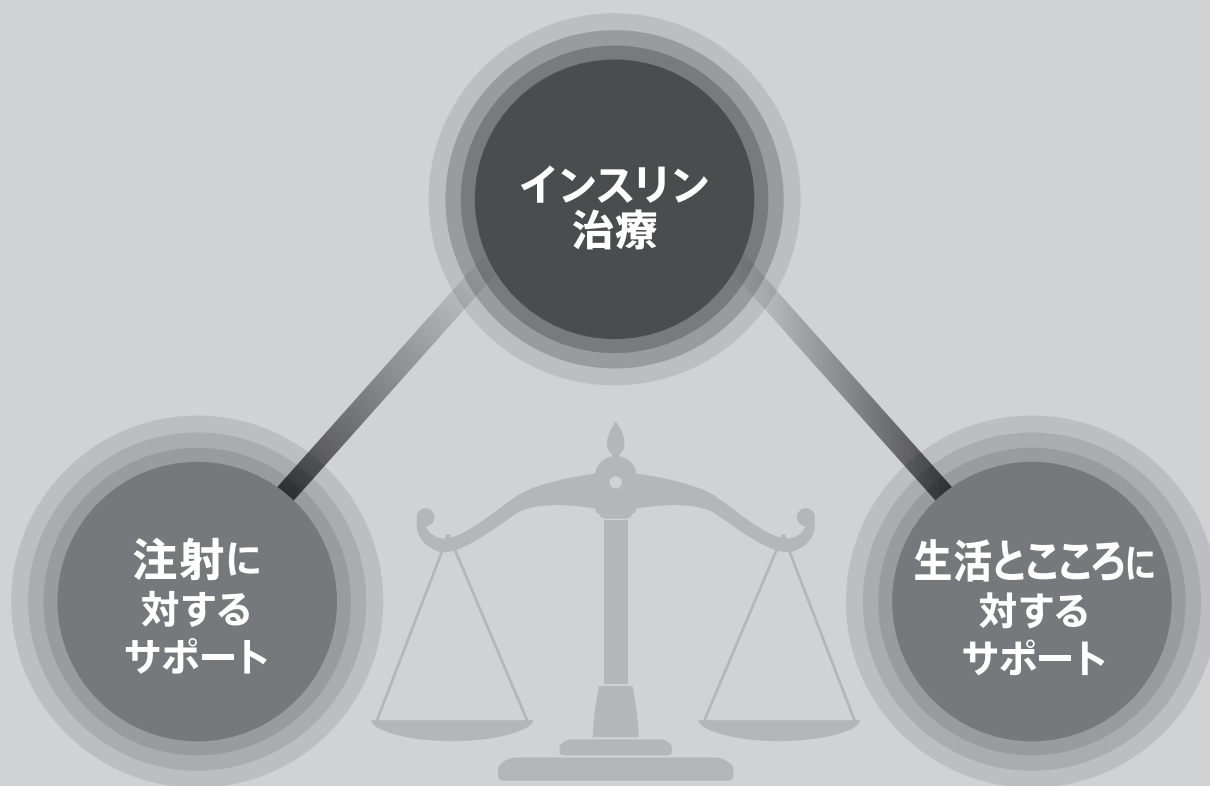
コメント

# チェックリスト【慣れた時用】

本シートは、糖尿病療養指導に関わる医療従事者のみなさんがインスリン注射を使い慣れている患者さんを対象に、注射について再確認を行うとともに生活とこころについてサポートする目的で患者さんの現状を理解するためのものです。



患者さんの注射と生活とこころをサポート



*Lilly* | DIABETES