

## 在宅自己注射に対する指導(2回目以降の指導・毎月)

### ゴナールエフ皮下注ペン/皮下注用自己注射に関して

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
|  | No                       | Yes <input checked="" type="checkbox"/> |
| ●このお薬について説明を受け十分に理解しましたか・・・                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (薬剤名・薬効/薬理)  |                          |   |
| ●使用前に確認する事項について確認し、医師に伝えましたか・・・                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (禁忌・既往歴・アレルギー)   |                          |   |
| ●自己注射について説明を受け十分に理解しましたか<br>また、注射のしかたなどの資材を受け取りましたか・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (注射手技・資材の受取り・針の処分法)                                    |                          |   |
| ●保管方法と注意点について理解しましたか・・・                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (保管上の注意)   |                          |   |
| ●使用量について理解しましたか・・・                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (用量と日数)  |                          |   |
| ●注意すべき副作用とその前兆について説明を受けましたか・・・                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (副作用とその前兆)   |                          |   |
| ●次回来院日を確認し、自己注射セットを受け取りましたか・・・                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (来院日の確認、自己注射セットの受取り確認)                                 |                          |   |
| ●注射の方法で迷った際や連絡先について確認しましたか・・・                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                |
| (コールセンターと連絡先)  |                          |   |

私はゴナールエフを処方するため  
上記の内容について説明・指導しました

医師署名

呉竹 昭治      印  
林 章太郎      印  
大原 美希      印

私は注射に関する説明動画等を視聴し、  
さらに上記説明指導を受け内容を理解しまし  
た。注意事項を守り自己の責任において本剤を  
適正に使用します。

患者名

年    月    日

## ゴナールエフ皮下注ペン/皮下注用自己注射について

- このお薬はゴナールエフ皮下注ペン/皮下注用といい、女性の卵巣に働きかけ、卵の発育を助けるお薬(卵巣刺激ホルモン: FSH製剤)です。
- 性腺刺激ホルモン製剤に過敏症の既往歴がある方、エストロゲン依存性の悪性腹瘍(乳がんなど)のある方など、子宮筋腫・子宮内膜症などの疾患のある方、本剤使用により悪化する可能性のある疾患をお持ちの方は、使用を中止する場合や、慎重に使用する必要があります。そのため、あなたの体質やアレルギー・家族歴・既往歴について医師に知らせてください。
- 自己注射は別にお渡しする「取扱と注射のしかた」などを確認しながら皮下注射を行います。毎回同じ場所に打たずに少し離してください。ペン本体のみ家庭ごみで捨てられますが、それ以外の注射針やガラス容器等は回収して処分します。家庭ごみで捨ててはいけません。
- 遮光して25℃以下で保管下さい。夏場の暑い時期に冷蔵庫で保管する際には、凍結にご注意下さい。凍結した製品は使用できません。

### ●あなたの使用量は

_____	月	_____	日から	_____	単位×	_____	日分	_____	残量	_____	単位
_____	月	_____	日から	_____	単位×	_____	日分	_____	残量	_____	単位
_____	月	_____	日から	_____	単位×	_____	日分	_____	残量	_____	単位

毎日できる限り同じ時間に注射を行います。

- 卵巣過剰刺激症候群・血栓塞栓症などがあらわれる可能性があります。そのため、吐き気、嘔吐(おうと)、下腹部の痛み、腹部が張る感じ、急激な体重増加などの副作用が疑われる症状が持続する場合はすぐに受診してください。

- 次回の来院は(        )月(        )日にお越しください。

自己注射の方法などで迷ったらゴナールエフペイシエントケアセンター  
0120-576-426    7:00-23:00 / 365日

緊急連絡先アートクリニック産婦人科 024-523-1132  
まずは診療時間内にクリニックへお電話ください  
診療時間外の場合はアナウンスされる当直医番号にご連絡を