保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

FAX: 岐阜大学病院薬剤部058-230-7084

岐阜大学医学部附属病院　御中 報告日：　　　年　　月　　日

吸入指導実施報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科  　先生 御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋交付年月日　 　　年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者ID：  患者名（イニシャル可）： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |

吸入指導回数：　回目　　前回　　　年　　月　　日

**＜使用状況＞**

□デバイス初使用

□デバイス継続使用

**＜指導方法＞**

□練習器、実器を用いて指導（実際の吸入あり）

□練習器、実器を用いて指導（吸入なし）

□用いずに指導

**＜指導薬剤師の評価＞**

□問題なく使用可能

□次回、指摘点の修正を確認すれば問題なく使用可能

□操作・手技などに不安や問題あり。今後も継続した指導が必要。（今回指摘だけでは直らない可能性あり）

□アドヒアランス不良の可能性あり（　　　％程度）

□デバイス専用補助器具などの使用をすすめた。

□デバイス変更があれば、よりよい吸入が可能。　推奨デバイス：

　　 推奨選択理由：

**＜指導内容＞**

**＜確認項目＞**

吸入できている割合（自己申告）　　　　　（　　　　）% 程度

　実際の吸入割合（処方量と残薬から計算）　（　　　　）% 程度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 製品名： | 製品名： |
| 吸入療法の**必要性・重要性を理解**しているか？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| 吸入の**薬効、副作用の理解**があるか？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| **用法用量の理解**があるか？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| デバイス**操作を理解**しているか？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| 吸入前の**「息吐き」**は適切か？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| 吸入中の**「速さ」と「深さ」**は適切か？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| 吸入後の**「息止め」**は出来ているか？ | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| **うがい**は出来ているか？（ステロイド含有の場合） | 〇　　　　　　△　　　　　× | 〇　　　　　　△　　　　　× |
| その他 |  | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇：問題なし　　　△：再指導・再確認が必要　　×：できていない

2024年2月改訂