



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:			FAX番号:
患者名(イニシャル可):			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?	○ △ ×	○ △ ×
吸入の薬効、副作用の理解があるか?	○ △ ×	○ △ ×
用法用量の理解があるか?	○ △ ×	○ △ ×
デバイス操作を理解しているか?	○ △ ×	○ △ ×
吸入前の「息吐き」は適切か?	○ △ ×	○ △ ×
吸入中の「速さ」と「深さ」は適切か?	○ △ ×	○ △ ×
吸入後の「息止め」は出来ているか?	○ △ ×	○ △ ×
うがい出来ているか?(ステロイド含有の場合)	○ △ ×	○ △ ×
その他		

○: 問題なし △: 再指導・再確認が必要 ×: できていない