

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____ 施設名: _____

薬局名: _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人 その他	本人 その他	本人 その他	本人 その他

対応者がその都度違う可能性があるため毎回担当者がサインをする。

1. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: ○×△□

デバイス毎の確認

		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	カバーを開けて吸入口を正しく出せる	レ	○		
	吸入器を水平に持っている	レ	○		
	レバーをカチッと音がするまで押している	レ	○		
吸入 動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している	レ	○		
	深く早く吸いこんでいる	レ	○		
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています	レ	△		
セット 操作	ゆっくり息を吐き出している	レ	○		
	使用後カチリと音がするところまで押し戻してカバーを閉じている	レ	○		
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無	なし	なし		

初回はできるようになるまで指導し、実施後し点を記入する。2回目以降は、まず評価結果を記入する。その後、問題があればできるようになるまで指導する。
○: 問題なし
△: やや不十分
×: できていない

上記と合わせて評価し、その度に「あり」、「なし」を記

2. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目 (定期・必要)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない	レ	○		
残薬確認	レ	△		
発作・増悪時の対応について理解している	レ	○		
薬剤名が言える	レ	○		
用法・用量を理解し正確に実行している	レ	○		
薬剤の重要性を理解している	レ	○		

2回目以降に、確認結果を記入する。その後、問題があれば対処する。詳細に記入が必要な場合は備考欄を利用する。
○: 問題なし
△: やや問題あり
×: 問題あり

医師へのコメント:

○月○日確認 残薬を確認(○×△□のカウンター確認)したところ、指示通り吸えていない。8回吸入忘れあり。

詳細な患者情報提供が必要な場合にはコメント欄を使