

カルテ番号：
患者氏名：
生年月日：

薬局名：
担当薬剤師：

■定量噴霧式1 [空打ち回数]

キュバール[2] オルベスコ[3] フルタイドエアゾール アドエアエアゾール[4]
アトロベント[2] フルティフォーム[4] ビベスピ[4] ビレーズトリ[4]

医師 → 薬剤師へ：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
病状：安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
その他：病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる (カウンター付のみ) はい いいえ
・キャップをあけることができる はい いいえ
・空打ちは、初回のみ行っている はい いいえ
・吸入前にポンペを軽くふっている はい いいえ
・デバイスを正しく指で保持できている はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
・正しい持ち方で吸入している はい いいえ
・ポンペの底をおせる はい いいえ
(ポンペを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める)
・噴霧時に呼吸を合わせることができている はい いいえ
クローズマウス法
・深く吸入している はい いいえ
・うまく吸入できない患者や小児には、エアロチャンバーを勧める

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする はい いいえ
・キャップを閉めることができる はい いいえ
・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) はい いいえ

注意点

・吸入器の残量を意識している はい いいえ
・必要時に試し噴霧している(口頭で可) はい いいえ
・使用済みの吸入器と混同している はい いいえ

アドヒアランス (主に再指導時)

・毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
・症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
・発作あり 発作なし
・使い方に不安あり 使い方に不安なし(自己評価)
・残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日：_____

指導対象者 本人 家族 その他()
吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。 ご協力ありがとうございました。
FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053
JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号：
患者氏名：
生年月日：

薬局名：
担当薬剤師：

■定量噴霧式2 SABA [空打ち回数]

メプチンエアー[2] サルタノールインヘラー アイロミール[4]

医師 → 薬剤師へ：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
病状：安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
その他：病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる (カウンター付のみ) はい いいえ
・キャップをあけることができる はい いいえ
・空打ちは、初回のみ行っている はい いいえ
・吸入前にポンベを軽くふっている はい いいえ
・デバイスを正しく指で保持できている はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
・正しい持ち方で吸入している はい いいえ
・ポンベの底をおせる はい いいえ
(ポンベを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める)
・噴霧時に呼吸を合わせることができている はい いいえ
クローズマウス法
・深く吸入している はい いいえ
・うまく吸入できない患者や小児には、エアロチャンバーを勧める

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする はい いいえ
・キャップを閉めることができる はい いいえ
・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) はい いいえ
(理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

注意点

・吸入器の残量を意識している はい いいえ
・必要時に試し噴霧している (口頭で可) はい いいえ
・使用済みの吸入器と混同している はい いいえ
・発作時に吸入した回数をお薬手帳に記載し、次回受診時に医師にみせているか はい いいえ

アドヒアランス (主に再指導時)

・毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
・症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
・発作あり 発作なし
・使い方に不安あり 使い方に不安なし (自己評価)
・残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日：_____

指導対象者 本人 家族 その他()
吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。 ご協力ありがとうございました。
FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053
JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号： _____
 患者氏名： _____
 生年月日： _____

薬局名： _____
 担当薬剤師： _____

■ 定量噴霧式(レスピマット) [空打ち回数]

□スピリーバ レスピマット[4] □スピオルト レスピマット[4]

医師 → 薬剤師へ：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

□初回使用のため指導依頼 □2回目以降指導依頼 □吸入経験あり ⇒ 指導依頼
 病状：□安定していますが再指導をお願いします □症状不安定のため再指導をお願いします
 □その他： □病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる □はい □いいえ
 ・初回のみカートリッジを挿入し、空打ちを4回している □はい □いいえ
 ・キャップをとじたままカチッと音がするまで180度回転させる □はい □いいえ
 ・うまく回転できない患者には、回転補助具を使用する □はい □いいえ
 ・キャップをあけることができる □はい □いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている □はい □いいえ
 ・正しい持ち方で吸入している(水平・口をあてる) □はい □いいえ
 ・噴射ボタンをおせる □はい □いいえ
 ・噴射時に呼吸を合わせることができる □はい □いいえ
 ・深く吸入している □はい □いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする □はい □いいえ
 ・キャップを閉めることができる □はい □いいえ
 ・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) □はい □いいえ
 (理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

注意点

・噴射ボタンを押したまま回転させていない □はい □いいえ
 ・誤噴射していない □はい □いいえ
 ・週一回は、マウスピースとその内側の金属部分をティッシュペーパーで拭いているか □はい □いいえ
 ・最初の1本のみカートリッジの挿入は薬局でお願いします □はい □いいえ

アドヒアランス (主に再指導時)

・□毎日吸入 □時々忘れる □忘れることが多い
 ・□症状の有無に関わらず使用 □症状があるときのみ使用 □使用していない
 ・□発作あり □発作なし
 ・□使い方に不安あり □使い方に不安なし(自己評価)
 ・□残薬あり(個) □残薬なし

薬剤師 → 医師へ：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日： _____

指導対象者 □本人 □家族 □その他()
 吸入操作 □問題なし □問題点あり 吸入器の保存 □清潔に使用できている □問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号： _____
 患者氏名： _____
 生年月日： _____

薬局名： _____
 担当薬剤師： _____

■ドライパウダー型製剤(ディスカス)

セレベント フルタイド アドエア

医師 → 薬剤師へ：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
 病状：安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
その他：病院で一通りの説明は行っています

吸入速度測定

・ディスカストレーナー使用 はい いいえ
 ・音がだせる はい いいえ
 ・→吸入指導後、音がだせるようになった はい いいえ

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる はい いいえ
 ・カバーをあけることができる はい いいえ
 ・レバーをグリップまで押すことができる はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
 ・正しい持ち方で吸入している(水平・口をあてる) はい いいえ
 ・吸入時の力加減は、「ストローでジュースを飲む」、「そばをすするような感じ」と説明してください
 ・深く吸入している はい いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする はい いいえ
 ・カバーを閉める(レバーは戻さない) はい いいえ
 ・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) はい いいえ

アドヒアランス
(主に再指導時)

・毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
 ・症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
 ・発作あり 発作なし
 ・使い方に不安あり 使い方に不安なし(自己評価)
 ・残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日： _____

指導対象者 本人 家族 その他()
 吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。 ご協力ありがとうございました。
 FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053
 JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号: _____
 患者氏名: _____
 生年月日: _____

薬局名: _____
 担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(タービュヘイラー) [空打ち回数]

パルミコート[2] シムビコート[3] オーキシス[3]

医師 → 薬剤師へ : 吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼

病状: 安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします

その他: SMART療法について(シムビコートのみ: 定期+発作時) 病院で一通りの説明は行っています

吸入速度測定

・タービュヘイラー吸入練習器(タービュテスター)使用

はい いいえ

・音がだせる

はい いいえ

→吸入指導後、音がだせるようになった

はい いいえ

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる

はい いいえ

・キャップをあけることができる

はい いいえ

・空打ちは、初回のみ行っている

はい いいえ

・デバイスを立てて操作している

はい いいえ

・回転グリップを正しく回転できる

はい いいえ

(反時計まわりにまわし、次に「カチッ」と音がするまで時計まわりにまわす)

・うまく回転できない患者には、グリップサポーターを使用する

はい いいえ

・2回吸入時2回連続でまわして吸入していないか

はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている

はい いいえ

・正しい持ち方で吸入している(水平・通気口を指でふさがない)

はい いいえ

・吸入時の力加減は、力強く深くと説明してください

はい いいえ

・深く吸入している

はい いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする

はい いいえ

・キャップを閉める(グリップはまわさない)

はい いいえ

・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回)

はい いいえ

注意点

・吸った感覚がないことに不安がないか(初回に必ず確認する)

はい いいえ

・吸入時、わずかな甘味や粉の感覚がある

はい いいえ

・振った時の「カサカサ」音は乾燥剤であるが、
残薬があるとカン違いしていない

はい いいえ

アドヒアランス
(主に再指導時)

・ 毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い

・ 症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない

・ 発作あり 発作なし

・ 使い方に不安あり 使い方に不安なし(自己評価)

・ 残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ : 何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日: _____

指導対象者 本人 家族 その他()

吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

(後発品: 後発品変更時は チェック)

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号： _____
 患者氏名： _____
 生年月日： _____

薬局名： _____
 担当薬剤師： _____

■ドライパウダー型製剤(ツイストヘラー)

アズマネックス

医師 → 薬剤師へ：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
 病状：安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
その他：病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる はい いいえ
 ・正しく回転させながらキャップをあける はい いいえ
 ・キャップをあけると残量の数字が一つ減ることを理解している はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
 ・正しい持ち方で吸入している(水平・通気口を指でふさがない) はい いいえ
 ・吸入時の力加減は、早く深くと説明してください
 ・深く吸入している はい いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする はい いいえ
 ・吸入後にキャップをカチッというまで閉めている はい いいえ
 ・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) はい いいえ

注意点

・吸った感覚がないことに不安がないか(初回に必ず確認する) はい いいえ
 ・吸入時、わずかな甘味や粉の感覚がある はい いいえ
 ・カウンターが0になったら、キャップが開かないことを説明する

アドヒアランス (主に再指導時)

・毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
 ・症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
 ・発作あり 発作なし
 ・使い方に不安あり 使い方に不安なし(自己評価)
 ・残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日： _____

指導対象者 本人 家族 その他()

吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号: _____
 患者氏名: _____
 生年月日: _____

薬局名: _____
 担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ハンディヘラー)

スピリーバ ハンディヘラー

医師 → 薬剤師へ : 吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
 病状:安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
その他: 病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・1回分のみカプセルを準備できる はい いいえ
 ・キャップをあげ、白いマウスピースをあげる はい いいえ
 ・カプセルをセットできる はい いいえ
 ・マウスピースをしめる はい いいえ
 ・緑のボタンを1回押す (複数回押していない) はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
 ・正しい持ち方で吸入している (水平・口をあてる) はい いいえ
 ・吸入時「カラカラ」音がする はい いいえ
 ・吸入時、緑のボタンを押したままにしない はい いいえ
 ・深く吸入している はい いいえ
 ・カプセル内の薬を完全に吸うため2回吸入している はい いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする はい いいえ
 ・マウスピースをあげ、薬を捨てることできる はい いいえ
 ・カバーを閉める はい いいえ
 ・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回)
 (理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能) はい いいえ

注意点

・カプセルを誤って内服していない はい いいえ
 ・ブリスターのアルミシートは1回分ずつあけている はい いいえ
 ・器具の洗浄(月1回)と交換の目安(1年)について説明する

アドヒアランス (主に再指導時)

・毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
 ・症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
 ・発作あり 発作なし
 ・使い方に不安あり 使い方に不安なし (自己評価)
 ・残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ : 何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日: _____

指導対象者 本人 家族 その他()

吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(エリプタ)レルベア アノーロ エンクラッセ アニュイティ テリルジー**医師 → 薬剤師へ**：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼病状：安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いしますその他：病院で一通りの説明は行っています

吸入速度測定

・エリプタトレーナー使用

はい いいえ

・音がだせる

はい いいえ

→吸入指導後、音がだせるようになった

はい いいえ

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる

はい いいえ

・カバーをあけることができる

はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている

はい いいえ

・正しい持ち方で吸入している(水平・通気口を指でふさがない)

はい いいえ

・深く吸入している

はい いいえ

・吸入時の力加減は、強く深く「スーツ」と説明してください

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする

はい いいえ

・カバーを閉める

はい いいえ

・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回)

はい いいえ

注意点

・包装トレイを開封後は、6週間以内に使用している

はい いいえアドヒアランス
(主に再指導時)・毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い・症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない・発作あり 発作なし・使い方に不安あり 使い方に不安なし(自己評価)・残薬あり(個) 残薬なし**薬剤師 → 医師へ**：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日: _____指導対象者 本人 家族 その他()吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号：
患者氏名：
生年月日：

薬局名：
担当薬剤師：

■ドライパウダー型製剤(ブリーズヘラー)

オンプレス シーブリ ウルティプロ エナジア アテキュラ

医師 → 薬剤師へ：吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
病状： 安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
 その他： 病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・1回分のみカプセルを準備できる はい いいえ
・キャップをあげ、吸入口をあける はい いいえ
・吸入口を閉じる はい いいえ
・横のボタンを1回押す はい いいえ
(複数回押していない・押しっぱなしにしない)

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
・正しい持ち方で吸入している(水平・通気口を指でふさがない) はい いいえ
・吸入時、横のボタンを押したままにしている はい いいえ
・深く吸入している はい いいえ
・吸入時「カラカラ」音がする はい いいえ
・カプセル内の薬を完全に吸うため2回吸入している はい いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする はい いいえ
・マウスピースをあげ、薬を捨てることできる はい いいえ
・キャップを閉める はい いいえ
・カプセルを手で捨てたら手を洗う
・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) はい いいえ
(理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

注意点

・カプセルを誤って内服していない はい いいえ
・吸入器の掃除(週1回)と交換の目安(月1回)について説明する はい いいえ

アドヒアランス (主に再指導時)

・ 毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
・ 症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
・ 発作あり 発作なし
・ 使い方に不安あり 使い方に不安なし(自己評価)
・ 残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ：何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日：_____

指導対象者 本人 家族 その他()
吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。 ご協力ありがとうございました。
FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053
JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ジェヌエア)

□エクリラ

医師 → 薬剤師へ : 吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

□初回使用のため指導依頼 □2回目以降指導依頼 □吸入経験あり ⇒ 指導依頼

病状: □安定していますが再指導をお願いします □症状不安定のため再指導をお願いします

□その他: □病院で一通りの説明は行っています

吸入速度測定

・ジェヌエア練習器を使用

□はい □いいえ

・緑色のボタンを押した後、吸入すると信号が緑→赤に変わる

□はい □いいえ

→吸入指導後、信号が緑→赤に変わった

□はい □いいえ

吸入前準備

・キャップをあげ、緑色のボタンを押す

□はい □いいえ

・信号が緑になっている

□はい □いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている

□はい □いいえ

・正しい持ち方(緑のボタンを上にして)で吸入している
(吸入口を軽く唇で包むようにくわえる)

□はい □いいえ

・吸入時、緑色のボタンを押したままにしない

□はい □いいえ

・強く、深く吸入している

□はい □いいえ

・吸入時「カチツ」と音がする(信号が赤になっている)

□はい □いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする

□はい □いいえ

・キャップを閉める

□はい □いいえ

・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回)
(理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

□はい □いいえ

注意点

・袋から取り出した後、90日以内に使用している

□はい □いいえ

アドヒアランス
(主に再指導時)

・□毎日吸入 □時々忘れる □忘れることが多い

・□症状の有無に関わらず使用 □症状があるときのみ使用 □使用していない

・□発作あり □発作なし

・□使い方に不安あり □使い方に不安なし(自己評価)

・□残薬あり(個) □残薬なし

薬剤師 → 医師へ : 何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日: _____

指導対象者 □本人 □家族 □その他()

吸入操作 □問題なし □問題点あり 吸入器の保存 □清潔に使用できている □問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;

カルテ番号: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(スイングヘラー)

□メプチン

医師 → 薬剤師へ : 吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

□初回使用のため指導依頼 □2回目以降指導依頼 □吸入経験あり ⇒ 指導依頼

病状: □安定していますが再指導をお願いします □症状不安定のため再指導をお願いします

□その他: □病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・防湿キャップをあける

□はい □いいえ

・押しボタンを押す

□はい □いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている

□はい □いいえ

・正しい持ち方で吸入している

□はい □いいえ

→「表(水平)」と表示面(カウンター面)を上に向けて

□はい □いいえ

空気取り入れ口をふさがないように持つ

・早く、深く吸入している

□はい □いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする

□はい □いいえ

・防湿キャップを閉める

□はい □いいえ

・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回)

□はい □いいえ

(理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

アドヒアランス
(主に再指導時)

□毎日吸入 □時々忘れる □忘れることが多い

□症状の有無に関わらず使用 □症状があるときのみ使用 □使用していない

□発作あり □発作なし

□使い方に不安あり □使い方に不安なし(自己評価)

□残薬あり(個) □残薬なし

薬剤師 → 医師へ : 何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日: _____

指導対象者 □本人 □家族 □その他()

吸入操作 □問題なし □問題点あり 吸入器の保存 □清潔に使用できている □問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

JCHO中京病院 呼吸器科 医師;