

# 吸入指導報告書

患者ID: \_\_\_\_\_

指導を受けた方:

ご本人 ご家族 介護関係者 その他

担当医師: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 宛

調剤薬局名:

担当薬剤師名: \_\_\_\_\_ 先生

指導日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本指導箋を用いた指導回数: \_\_\_\_\_ 回目

FAX送信先: 横浜労災病院薬剤部

FAX: 045-474-8024 TEL: 045-474-8111

## 【評価表の記載方法】

- 空欄に必要事項を記載する。
  - 薬剤理解評価と手技評価を行う。
- 《○できる △確認が必要 ×できない(問い合わせ必要)》
- 医師への連絡事項を記入する。
  - 横浜労災病院薬剤部へFAX送信する。

## 使用薬品

薬品1: \_\_\_\_\_ 新規 継続

薬品2: \_\_\_\_\_ 新規 継続

薬品3: \_\_\_\_\_ 新規 継続

## 薬剤理解評価

内容	薬品1	薬品2	薬品3
薬品名が言える			
薬の役割がわかる			
用法がわかる			
用量がわかる			
うがいの必要性を理解している			
保管方法を理解している			
発作の回数(過去1ヵ月)			

## 手技評価

手順	薬品1	薬品2	薬品3
①準備			
②息吐き			
③吸入			
④息止め			
⑤息吐き			
⑥後片付け			
⑦うがい			
継続指導の必要性	有・無	有・無	有・無

## 医師への連絡事項

該当する項目にチェックを入れて詳細を記載してください。

特になし

吸入手技に問題あるが、指導で対応可能

吸入手技に問題あるため、デバイス変更を推奨 (問題となる手技: \_\_\_\_\_)

同調不可のため、スプレーの使用を推奨

副作用の症状【有・無】

口腔内(あれ・カンジダ症・味覚障害)・口渇・声がれ・振戦・動悸・排尿障害

その他(\_\_\_\_\_)

吸入時間・回数が遵守されていない(アドヒアランス不良)

特記事項