

吸入指導報告書(保険調剤薬局・薬剤師→医療機関・処方医)

患者イニシャル	(姓)	(名)	医療機関患者ID	
宛先医療機関名			科名	担当医師名
薬局名				
TEL			FAX	
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 継続		
実施日	年 月 日		担当薬剤師名	
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書の提供		<input type="checkbox"/> 口頭にて説明	
	<input type="checkbox"/> 動画		<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演	
				<input type="checkbox"/> 吸入説明書にて説明
				<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施

【疾患・薬剤に関する認識度】 認識度 ○:分かる △:次回確認が必要 ×:分からない

内容	薬剤	①			②			③		
吸入時間・回数わかる(定期・頓用)		○	△	×	○	△	×	○	△	×
保管の方法わかる		○	△	×	○	△	×	○	△	×
継続治療の必要性わかる		○	△	×	○	△	×	○	△	×

【手技に関する理解度】 評価方法 ○:分かる △:次回確認が必要 ×:分からない

内容	薬剤 ①			薬剤 ②			薬剤 ③		
①準備	○	△	×	○	△	×	○	△	×
②息吐き	○	△	×	○	△	×	○	△	×
③吸入(深く、正しく吸入できる)	○	△	×	○	△	×	○	△	×
④息止め(5秒間)	○	△	×	○	△	×	○	△	×
⑤息吐き	○	△	×	○	△	×	○	△	×
⑥後片付け	○	△	×	○	△	×	○	△	×
⑦吸入後、うがい3回	○	△	×	○	△	×	○	△	×

＜吸入状況＞ → 薬剤ごとに、右記表のA～Gを選択してください(複数選択可)

- | | | |
|---|--------------------|--|
| A. 問題なく吸入可能 ; デモ器で吸入
* トレーナーで音が出た、カプセルの残なし | D. 介助があれば吸入できる | |
| B. 問題なく吸入可能 ; 実際に吸入
* 残なし・布で確認・もれなし | E. 補助器使用で吸入できる | |
| C. 練習すれば、自分で吸入できる | F. 手技・吸気に問題あり吸入困難 | |
| | G. デバイスを変更すれば吸入できる | |

薬剤

①	A	B	C	D	E	F	G
②	A	B	C	D	E	F	G
③	A	B	C	D	E	F	G

※ F・Gの場合は、疑義照会をお願いします
内容は、特記事項へ記入してください

＜医師への連絡事項＞

同調が難しく、スパーサーの使用を開始	
併用薬	
残薬	なし あり()
副作用の出現	なし・嘔声・尿閉・頻尿・口渇・動悸・振戦・その他

※ 副作用の症状に応じ回答を急ぐ場合は、疑義照会をお願いします

【その他 特記事項】

ACT(点) CAT(点)