

吸入指導確認シート

医療機関名称：岩手県立胆沢病院
紹介センター FAX:0197-24-4180

吸入指導後、必要事項を記入し当院紹介センターに送信してください。
吸入指導確認シートの内容は次回診察時に医師が確認します。

患者ID:	≪FAX送信元≫ 薬局名: FAX: TEL: 薬剤師名:
患者氏名:	
生年月日: (歳) 男性・女性	
指導日: 年 月 日	

【評価方法: ○できる △確認が必要 ×できない、該当するものに○を付けてください】

【手技の確認】

手順	薬品名			薬品名			薬品名		
	□新規	□継続		□新規	□継続		□新規	□継続	
①薬剤の準備	○	△	×	○	△	×	○	△	×
②息吐き	○	△	×	○	△	×	○	△	×
③タイミングが合う	○	△	×	○	△	×	○	△	×
④十分な吸気	○	△	×	○	△	×	○	△	×
⑤息止めしている	○	△	×	○	△	×	○	△	×
⑥うがい(ステロイドのみ)	○	△	×	○	△	×	○	△	×
⑦後片づけ	○	△	×	○	△	×	○	△	×
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入手技説明書 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施 (実薬・デモ機)			<input type="checkbox"/> 吸入手技説明書 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施 (実薬・デモ機)			<input type="checkbox"/> 吸入手技説明書 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施 (実薬・デモ機)		
継続指導の必要性 ○、△多い→なし △、×多い→あり	あり・なし			あり・なし			あり・なし		

※継続指導の必要性がない場合も、定期的に手技の確認をお願い致します。

【理解度・アドヒアランスの確認】

用法・用量	○	△	×	○	△	×	○	△	×
薬効	○	△	×	○	△	×	○	△	×
副作用	○	△	×	○	△	×	○	△	×
処方通り使用している	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 忘れる頻度()								

【医師への伝達事項】※回答を急ぐ時は、疑義照会をお願い致します。

- あり(以下の該当項目を選択) なし
吸入手技・吸気速度に問題あり())
副作用あり())
その他