

吸入指導実施報告書（保険薬局→医師）

医療機関名：国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

担当医： _____ 医師

氏名： _____ 様 生年月日： _____ 年 月 日 本人の同意：有・無 院外指導回数： _____ 回目

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

吸入操作チェック項目

| | 薬剤製品名 | | |
|-----|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 吸入薬 | 用法(吸入回数)は答えられるか | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |
| | デバイス操作を理解しているか | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |
| | 吸入前の息吐き時、 吸入口に息がかからないよう 出来ているか | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |
| | 吸入時の姿勢、 デバイスのポジションは適切か | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |
| | 吸入の強さは適切か | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |
| | 吸入後に息止めは出来ているか (10秒程度) | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |
| | うがいは出来ているか | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず | <input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず |

報告内容

1: 吸入操作確認方法

口頭での確認 吸入器（デモ、実薬）での確認

2: 吸入操作総合評価

問題なく使用可 介助あれば吸入可能 何度か練習すれば、なんとか自分で吸入可能
 補助器具があれば吸入可能 スペーサー使用で吸入可能

3: 吸入状況評価

問題なく吸入可能 なんとか吸入可能 吸入不可

4: 副作用

なし あり → 嘔声・口腔違和感・口渇・尿閉・振戦・動悸・その他（ _____ ）

<薬剤師から医師へ>

上記以外で気になる事項など自由に記載して下さい。

保険薬局名

保険薬剤師氏名

TEL :

FAX :

記載後、お手数ですが下記連絡先までFAXをお願いします。

ご不明な点は当院 薬剤部までご連絡ください。

電話番号：029-282-1151（代）

FAX送信先：029-287-3574

2020年4月1日作成