

# 吸入指導報告書(ハンディヘラー用)

(スピリーバ吸入用カプセル用)

信大病院⇄薬局

指導者(薬剤師など)の方へ

○薬局などで吸入手技、アドヒアランス、副作用等の確認を行った場合に記入して下さい。

## 指導者記入欄

年 月 日

ID:

患者名:

担当医師名:

担当科:

薬局名:

担当者:

指導対象者

本人への指導

家族等への指導

確認事項(アドヒアランス・副作用等)

薬の必要性の理解  問題なし  問題あり(下欄に問題点を記入して下さい)

残薬の有無  残薬なし  残薬あり(下欄に残薬の内容について簡単に記入してください)

副作用  問題なし  問題あり(下欄に問題点を記入して下さい)

QOL質問票(可能であればACT、CATの評価を記載してください)

質問No.	1	2	3	4	5	6	7	8	計	
ACT 喘息										*合併例は両方
CAT COPD										

確認事項(吸入手技)【○:できる/×:次回再度確認】

- 吸入薬であって、飲み薬ではないことを確認する
- アルミを剥がし、シートから順番に1カプセルずつ取り出す
- 吸入器にカプセルをセットする
- 緑のボタンを1回だけ強く押す(何回も押さない)
- 吸入前に息を吐く(その際、マウスピースに息を吹き込まない)
- カプセルがカラカラと回転する音が聞こえる速さで深く吸い込む
- 吸入後、息止めが出来る
- 吸入後穴の開いたカプセルを捨てる

再指導の必要あり  必要なし  必要あり(下欄に問題点を記入して下さい)

信大病院 ⇄ 薬局

指導者の方へ

この吸入指導依頼書・報告書を、信州大学医学部附属病院薬剤部にFAX送信して下さいますようお願いいたします  
(FAX:0263-37-3034、TEL:0263-37-3013)  病院からの返信が必要な場合はチェックをつけて下さい。

(保険薬局 FAX番号: ( ) )

病院 → 保険薬局等返信欄

- 報告内容を確認しました
- 提案内容を次回外来受診時に検討します
- 以下のように対応します

年 月 日

担当者名: