

吸入指導報告書(ディスクス用)

(アドエア・フルタイド・セレベント用)

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】

- カバーを「カチッ」と音がするまで開け、レバーを「カチッ」と音がするまで押す
- 吸入前に軽く息を吐く(その際、マウスピースに息を吹き込まない)
- 吸入器を水平に持つ
- 強く深く「スーッ」と息を吸い込む
- () 吸入確認用笛を用いて確認した
- 3~4秒程度、息止めをする
- 吸入後はうがいを2回以上行う(セレベントの場合は必須ではない)
- カバーを「カチッ」と音がするまで閉める
- 残量の確認方法が分かる

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: