

吸入指導報告書(レスピマツト用)

(スピリーバ・スピオルト用)

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									
CAT COPD									

*合併例は両方

確認事項(吸入手技)【○:できる/×:次回再度確認】

吸入の準備(出来るだけ薬局で行ってください)

- キャップを閉じた状態で、安全止めを押しながら透明ケースを外す
- カートリッジを奥まで挿入し、透明ケースを装着する
- 透明ケースを矢印の方向に180度回転させ、試し噴霧を最低4回行う

吸入

- 透明ケースを上向きにして矢印の方向に180度回転させる
 - 吸入補助器具(回転君)を使用すれば回ることが出来る)
- 吸入前に軽く息を吐く
- ゆっくり深く吸いながら噴霧ボタンを押し、時間をかけて吸い込む
- 吸入後、5秒程度(無理な場合は可能な範囲)の息止めをし、ゆっくりと息を吐く
- 1回2吸入であるため、同じ操作を繰り返すことを理解している
- 残量の確認方法が分かる(残りが0になると回転不可となることを説明する)

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: