

2回目以降用

吸入指導報告書(タービュヘイラー用)

(シムビコート・パルミコート・オーキシス用)

薬剤師の方へ

○薬局で吸入手技、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。

薬剤師記入欄

平成 年 月 日

ID: _____

患者名: _____

薬局名: _____

担当薬剤師名: _____

確認事項(アドヒアランス・副作用等)

服薬アドヒアランス ☐ 問題なし ☐ 問題あり(下記に問題点等を記入して下さい)

[]

副作用 ☐ 問題なし ☐ 問題あり(下記に問題点等を記入して下さい)

[]

確認事項(吸入手技)

- ☐ 初めて使う場合に限り、「クルッ」「カチッ」を3回繰り返す
- ☐ 吸入器をまっすぐに立てて「クルッ」「カチッ」を行う
- ☐ 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)
- ☐ 強く深く「スーッ」と息を吸い込む(その際、通気口をふさがないように注意する)
(☐ 吸入確認用笛あるいは吸入確認用ハンカチを用いて確認した)
- ☐ 1回の吸入回数が複数回の場合は、「クルッ」「カチッ」→吸入を繰り返す
- ☐ 吸入後はうがいを行う(オーキシスの場合は必須ではない)
- ☐ 残量の確認方法が分かる
- ☐ SMART療法(シムビコートの定期吸入に加えて発作時も吸入する治療)の場合、用法が分かる

吸入指導の結果 ☐ 問題なし ☐ 問題あり(下記に問題点等を記入して下さい)

[]

担当薬剤師コメント

保険薬局の方へ

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)