

薬剤師の先生方へ

患者さんに指導後、FAX送信よろしくお願ひ致します。旭川医療センター FAX:0166-55-2961(薬剤部)

## 吸入指導報告書

【12か月】

【薬剤師記入ページ】

指導日 平成 年 月 日

薬局名		薬剤師名	
患者氏名		患者ID	
指導を受けた人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他( )		
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 12か月	吸入薬使用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

評価の目安 1.できた 2.ほぼできた 3.なんとかできた 4.できなかった

注意		【共通必須項目】	1	2	3	4	初回	6か月
アドヒアランス	<input type="checkbox"/>	服薬のタイミングについて話し合い、生活の中に組み入れる事ができている(歯磨き前、食事前)						
	<input type="checkbox"/>	1回の吸入量(回数)と1日の吸入回数について話すことができる						
	<input type="checkbox"/>	継続治療の重要性について理解している						
副作用	<input type="checkbox"/>	うがいの方法を理解し、かつ実行している						
	<input type="checkbox"/>	声がれ、口腔カンジダ、動悸などについて理解している						
以下の薬剤の指導		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
①タービューヘイラー	<input type="checkbox"/>	① キャップを取り、垂直にして色つきの回転グリップを確実に止まるまで右方向に回す(初回のみ回転グリップ操作①と②を3回繰り返す)						
	<input type="checkbox"/>	② 止まったら逆方向(左)に「カチツ」と音がするまで戻す						
	<input type="checkbox"/>	③ 空気の取り入れ口をふさがないように片手で持ち、はやく深く吸入することができる						
	<input type="checkbox"/>	④ 2回以上吸入する場合は①～③の動作を繰り返す						
	<input type="checkbox"/>	⑤ デバイスを振った時に出るカサカサ音は乾燥剤の音であり、薬剤の残量と無関係であることを知っている						
		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
②ディスカス	<input type="checkbox"/>	① 吸入器を水平に持って構える						
	<input type="checkbox"/>	② 吸入口に吐きかけないようにしっかり息を吐いてから、強く深く「スーツ」息を吸い込む事ができる						
	<input type="checkbox"/>	③ 苦しくない程度に息を止める事ができる						
	<input type="checkbox"/>	④ 粉っぽさ等の吸入感を感じる事ができる						
		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
③MDI	<input type="checkbox"/>	① 容器を十分に振り、ポンベを押し(押せない場合は補助具を使って)正しく噴霧することができる						
	<input type="checkbox"/>	② 呼気位から、息を吸い始めると同時にポンベを押し、ゆっくり5秒程度かけて吸入することができる						
	<input type="checkbox"/>	③ 約5秒間、息を止める事ができる						
	<input type="checkbox"/>	④ 保護噴霧回数を知っている						
	<input type="checkbox"/>	⑤ 決められた日数で取りかえる事を理解している						
		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
④ハンディヘラー	<input type="checkbox"/>	① アルミシートを切り離してカプセルを番号順に1つずつ取り出すことができる						
	<input type="checkbox"/>	② キャップとマウスピースをあげ、カプセルをセットしてからマウスピースをカチツと閉める						
	<input type="checkbox"/>	③ 緑のボタンを押すことができる						
	<input type="checkbox"/>	④ 息を吐いてからマウスピースをくわえ、肺の中に薬剤が到達するイメージで吸い込む						
	<input type="checkbox"/>	⑤ 苦しくない程度に息を止める事ができる						
	<input type="checkbox"/>	⑥ 再びマウスピースを開け、カプセルをハンディヘラーより直接捨てる						

医師に伝えたい事

【吸入指導結果、ご不安な点等があればこちらにご記入下さい】

問い合わせ先

独立行政法人国立病院機構旭川医療センター TEL:0166-51-3161(代表)  
〒070-8644 北海道旭川市花咲町7-4048 FAX:0166-55-2961(薬剤部)

薬剤師の先生方へ

患者さんに指導後、FAX送信よろしくお願ひ致します。旭川医療センター FAX:0166-55-2961(薬剤部)

## 吸入指導報告書

【12か月】

【薬剤師記入ページ】

指導日 平成 年 月 日

薬局名		薬剤師名	
患者氏名		患者ID	
指導を受けた人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他( )		
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 12か月	吸入薬使用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

評価の目安 1.できた 2.ほぼできた 3.なんとかできた 4.できなかった

注意		【共通必須項目】	1	2	3	4	初回	6か月
アドヒアランス	<input type="checkbox"/>	服薬のタイミングについて話し合い、生活の中に組み入れる事ができている(歯磨き前、食事前)						
	<input type="checkbox"/>	1回の吸入量(回数)と1日の吸入回数について話すことができる						
	<input type="checkbox"/>	継続治療の重要性について理解している						
副作用	<input type="checkbox"/>	うがいの方法を理解し、かつ実行している						
	<input type="checkbox"/>	声がれ、口腔カンジダ、動悸などについて理解している						
以下の薬剤の指導		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
⑤レスピマット	<input type="checkbox"/>	① カートリッジを正しく挿入し、初めて吸入する前に必要な準備ができる(空打ち4回)						
	<input type="checkbox"/>	② 透明ケースを「カチッ」と音がするまで180度回転させることができる						
	<input type="checkbox"/>	③ キャップを完全に開け、息をゆっくり最後まで吐き出す						
	<input type="checkbox"/>	④ マウスピースをしっかりと口にくわえ、息を口からゆっくりと吸いながら、噴霧ボタンを押し薬剤をゆっくり深く吸う						
	<input type="checkbox"/>	⑤ 決められた日数で吸入器ごと(カートリッジを含む)交換することを理解している						
⑥スイングヘラー		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
	<input type="checkbox"/>	① ラベルに「表 水平」と表示している面を上に向けて持って構える						
	<input type="checkbox"/>	② 青色の押しボタンを「カチッ」と音がして止まるところまで押すことができる						
	<input type="checkbox"/>	③ 指の力を抜いて、ボタンを元の状態に戻すことができる						
	<input type="checkbox"/>	④ マウスピースをくわえる前に息を吐く						
	<input type="checkbox"/>	⑤ マウスピースと唇の間に隙間ができないようにマウスピースをくわえ、はやく深く息を吸い込む						
⑦ブリーズヘラー		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
	<input type="checkbox"/>	① キャップを取り外し吸入口を開け、アルミシートから取り出した1カプセルを充填部に入れる						
	<input type="checkbox"/>	② 「カチッ」と音がするまでしっかりと吸入口を閉じる						
	<input type="checkbox"/>	③ 吸入器を上に向けて持ち、両側の色つきのボタンを「カチッ」と音がするまで同時に押し、ボタンを離す						
	<input type="checkbox"/>	④ 息を十分吐き出してから吸入口をしっかりとくわえ、正面を向いたまま早く、出来る限り深く息を吸い込む(カプセルが回転する音が聞こえて、かすかに甘味を感じる)						
	<input type="checkbox"/>	⑤ 吸入口を開けてカプセル内に薬が残っていないことを確認する(カプセルが空になっていれば吸入出来ている)						
⑧エリプタ		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
	<input type="checkbox"/>	① カバーを「カチッ」と音がするまで開けることができる						
	<input type="checkbox"/>	② 息を吐き出してから、通気口を指でふさがないように注意し、吸入口をくわえ、強く深く「スーッ」と息を吸い込むことができる						
	<input type="checkbox"/>	③ 苦しくない程度に息を止めることができる						
⑨ジェヌエア		チェック項目	1	2	3	4	初回	6か月
	<input type="checkbox"/>	① キャップの両側を軽く押し引張り、外す						
	<input type="checkbox"/>	② 吸入器を水平に持ち、ボタンを最後までしっかりと押し離す						
	<input type="checkbox"/>	③ 息を吐いてから、吸入口を軽くかんで唇で包むようにくわえ、強く、深く吸い込むことができる						
<input type="checkbox"/>	④ 苦しくない程度に息を止めることができる							

医師に伝えたい事

【吸入指導結果、ご不安な点等があればこちらにご記入下さい】

問い合わせ先

独立行政法人国立病院機構旭川医療センター TEL:0166-51-3161(代表)  
〒070-8644 北海道旭川市花咲町7-4048 FAX:0166-55-2961(薬剤部)