

薬局名	
薬剤師名	

※初回・継続(回目)指導 * 初回指導:初めて処方された薬剤を指導
 【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

項目 \ 薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
後片付け			
残量の確認/保管			

説明の内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input type="checkbox"/> 口頭指導
	<input type="checkbox"/> 動画使用	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演
	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

アドヒアランスの評価

項目 \ 薬剤名			
服薬のタイミング(歯磨き前、食事前)			
1回の吸入量、1日の吸入回数の理解			
継続治療の重要性			

副作用の評価

項目 \ 薬剤名			
うがいの方法を理解し、実施している			
声がれ、口腔カンジダ、動悸などの理解			

【連絡事項】

薬局名	
薬剤師名	

※初回・継続(回目)指導 * 初回指導:初めて処方された薬剤を指導
 【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

項目 \ 薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
後片付け			
残量の確認/保管			

説明の内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input type="checkbox"/> 口頭指導
	<input type="checkbox"/> 動画使用	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演
	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

アドヒアランスの評価

項目 \ 薬剤名			
服薬のタイミング(歯磨き前、食事前)			
1回の吸入量、1日の吸入回数の理解			
継続治療の重要性			

副作用の評価

項目 \ 薬剤名			
うがいの方法を理解し、実施している			
声がれ、口腔カンジダ、動悸などの理解			

【連絡事項】

薬局名	
薬剤師名	

※初回・継続(回目)指導 * 初回指導:初めて処方された薬剤を指導
 【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

項目 \ 薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
後片付け			
残量の確認/保管			

説明の内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input type="checkbox"/> 口頭指導
	<input type="checkbox"/> 動画使用	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演
	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

アドヒアランスの評価

項目 \ 薬剤名			
服薬のタイミング(歯磨き前、食事前)			
1回の吸入量、1日の吸入回数の理解			
継続治療の重要性			

副作用の評価

項目 \ 薬剤名			
うがいの方法を理解し、実施している			
声がれ、口腔カンジダ、動悸などの理解			

【連絡事項】

薬局名	
薬剤師名	

※初回・継続(回目)指導 * 初回指導:初めて処方された薬剤を指導
 【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

項目 \ 薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
後片付け			
残量の確認/保管			

説明の内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input type="checkbox"/> 口頭指導
	<input type="checkbox"/> 動画使用	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演
	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

アドヒアランスの評価

項目 \ 薬剤名			
服薬のタイミング(歯磨き前、食事前)			
1回の吸入量、1日の吸入回数の理解			
継続治療の重要性			

副作用の評価

項目 \ 薬剤名			
うがいの方法を理解し、実施している			
声がれ、口腔カンジダ、動悸などの理解			

【連絡事項】