

実施日： 年 月 日

春日部中央総合病院 吸入指導評価表（保険調剤薬局→医師）

患者名		ID (処方箋欄外左上の数字)	
薬局名		薬局 TEL	薬局 FAX

A. 【指導回数】

 初回 _____ 回目

B. 【吸入指導】

 本人に指導 本人以外(家族)に指導 本人来局せず指導出来ず その他 ()

C. 【説明の内容】(複数選択可)

 患者さんによる吸入実施(実薬・デモ機) 吸入説明書にて説明 吸入説明書の提供 口頭にて説明
 吸入補助器具(スパーサー以外)使用 スパーサー使用 薬剤師による実演 動画

D. 【手技に関する確認】 ○：理解している △：次回確認が必要 ×：理解していない

内容	薬剤名()	薬剤名()	薬剤名()
①用法・用量	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
②吸入残薬の確認方法	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
③準備	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
④吸入前の息吐き	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑤吸入動作(深く、正しく吸入)	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑥吸入後の息止め(5秒間)	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑦吸入後の息吐き	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑧吸入後、うがい3回	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
保険調剤薬局担当薬剤師 ^⑩	印	印	印

E. 【連絡事項】 (該当箇所に☑及び記載をお願い致します)

a. ■吸入器残薬 ⇒ なし あり (薬剤名：____、残____本)

(薬剤名：____、残____本)

b. ■吸入器残薬原因⇒ 該当に○：処方日数によるズレ、手技間違いによるズレ、吸入忘れ(週に____回忘れる)、

その他：_____

c. ■副作用の出現 ⇒ なし あり(該当に○：尿閉・振戦・動悸・口渇・嘔声・口内炎・その他：_____)

F. 【再指導の必要性】

 あり なし

G. 【その他 特記事項】

ご協力ありがとうございました。記載終了後、FAXにてお送り下さいますようお願い致します。