

吸入指導実施報告書

友愛記念病院 医師名 _____ 先生

吸入指導依頼書なし
患者同意あり

ID _____ 氏名 _____ 指導回数 _____ 回目 (指導日 ____ / ____ / ____)
【アドヒアランス評価】 (◎・○・△・×) 前回指導日 (____ / ____ / ____)

内容	説明/評価点	薬品名 (_____)	薬品名 (_____)	薬品名 (_____)
薬品名が言える				
薬効(薬の役割)がわかる				
用法がわかる				
用量がわかる				
うがいの必要性を理解している				
保管方法を理解している				
発作の回数(過去1ヶ月)				回

【吸入手技】 (◎・○・△・×)

手順	薬品名	□新規 □継続		□新規 □継続		□新規 □継続	
①薬の準備							
②息吐き							
③吸入							
④息止め							
⑤後片付け							
⑥うがい							
継続指導の必要性		あり	なし	あり	なし	あり	なし

〈医師への照会・連絡事項〉

総合評価

- 問題なく使用可
- 何度か練習すれば、自分で吸入可能
- 介助があれば吸入可能
- 補助器具があれば吸入可能
- スパーサー使用で吸入可能

〈薬剤師から医師へ/特記事項〉

総合的評価：継続指導の必要性 あり なし

薬局名 _____ 担当薬剤師 _____

お手数おかけしますが FAX で返信をお願いいたします。FAX : 0280-97-3348