

吸入指導報告書

医療機関名: _____ FAX: _____

担当医: _____ 科 _____ 先生 _____

患者ID _____ 氏名 _____ 指導回数: 初回 回目

実施日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名 _____ 担当薬剤師 _____

(TEL: _____ FAX: _____)

1. 処方薬剤の服薬状況

処方薬剤名	薬品名1	薬品名2	薬品名3	
吸入指示回数	1日 回1回 吸入	1日 回1回 吸入	1日 回1回 吸入	
(MDI使用時のみ)吸入方法を✓で記載 <small>M:オープンマウス法、CM:クローズドマウス法、補助:吸入補助器使用</small>	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 補助	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 補助	<input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 補助	
評価方法: ○ できる △ 確認が必要 × できない (初回は説明・確認したら✓を入れる)				
理解	①薬剤名が言える			
	②薬効がわかる			
	③用法用量(吸入回数)がわかる			
	④うがいの必要性がわかる			
	⑤サルタノールorメプチン使用状況	使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 使用回数: _____ 回/日		
手技	①薬剤の準備ができる			
	②息を吐いてから吸入ができています			
	③タイミングが合う【MDI】			
	④十分な吸気(練習器用いて)【DPI】			
	⑤息止めができる(3~5秒)			
	⑥後片付け			
	⑦吸入後のうがい			
副作用	①副作用の知識			
	②副作用の有無(2回目以降)	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
その他	①コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	②使用可能日数や使用期限の説明	確認・未確認	確認・未確認	確認・未確認
	③問題有無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
総合評価	次回来院時確認の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他(_____)			

2. 薬剤師から医師へ連絡事項

※吸入指導で報告が必要な、併用薬剤(OTC含む)、薬剤アレルギー歴・副作用に関する情報患者からの訴え、家族からの情報などあればこちらに記入してください。

※吸入の標準手順は、八千代吸入療法マニュアルは、八千代市薬剤師会HPからダウンロードできます。

※患者さんの同意を得られれば、調剤薬局は服薬情報等提供料30点を算定できます。この場合コピーが必要です。