# 吸入指導実施報告書（保険薬局→医師）

患者さんへ
この用紙は　**保険薬局**　に処方せんと一緒に提出してください。

情報提供先医療機関名:☐0

担当医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師　　＊FAX送付先：029-354-6483(薬務局)

患者ID：＿＿0＿＿氏名：＿＿0＿＿様　　院外指導回数：　　回目

実施日　平成　　年　　月　　日

吸入操作チェック項目

| | | | |
|---|---|---|---|
| 吸入薬 | 薬剤製品名 | | |
| | 用法(吸入回数)は答えられるか | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |
| | デバイス操作を理解しているか | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |
| | 吸入前の息吐き時、吸入口に息がかからないよう出来ているか | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |
| | 吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |
| | 吸入の強さは適切か | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |
| | 吸入後に息止めは出来ているか(5秒程度) | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |
| | うがいは出来ているか | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず | ☐正確に理解☐一部理解☐理解できず |

報告内容

1：:吸入操作確認方法
☐　口頭での確認　☐　吸入器（デモ、実薬）での確認
2:吸入操作総合評価
☐　問題なく使用可　　☐　介助あれば吸入可能
☐　何度か練習すれば、なんとか自分で吸入可能
☐　補助器具があれば吸入可能　　☐　スペーサー使用で吸入可能
3:吸入状況評価
☐　問題なく吸入可能　　☐　なんとか吸入可能　　☐　吸入不可

かかりつけ薬局様へ

・症状のコントロールが良好な場合でも定期的に吸入を継続するよう指導をお願い致します。
・評価は吸入操作総合評価及び吸入状況評価の評価をお願い致します。
・記入後は（株）日立製作所ひたちなか総合病院へ吸入指導実施報告書をＦＡＸしてください。

＜薬剤師から医師へ＞
上記以外で気になる事項など自由に記載して下さい。

薬局名：
保険薬剤師氏名：

TEL：
FAX：

収集された個人情報は個人が特定できないよう匿名化し、吸入連携をより良いものにするためにのみ使用致します。