吸入指導評価表（保険薬局→医師）

【診療科：　　　　】 　　　　　　　実施日： 年 月 日

担当医：

患者氏名： （ID: ）

指導対象者：□本人　□その他（ ）　　指導薬剤：

方法：□デモ機/実薬　□パンフレット/動画　□口頭

指導回数：□初回□再指導（ ）回目　　　　前回指導日： 年　 月 　日

【吸入手技の指導結果】　評価（〇：できる　△やや不十分/次回要確認　×：できない）

|  |  |
| --- | --- |
| pMDI・SMI | 評価 |
| デバイス操作 |  |
| 十分に息を吐く |  |
| 吸気のタイミングを合わせる |  |
| ゆっくり深く吸入 |  |
| 息止め（5秒程度） |  |
| うがい（飲水等でも可） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| pMDI + スペーサーは下記も確認 | 評価 |
| 適切な向きでスペーサー、吸入薬をセット |  |
| ホイッスルが鳴らない速さでゆっくり深く吸入（小児用を除く） |  |
| 患者に合わせて3～5回繰り返す（息止めなしの場合は5回ゆっくり呼吸） |  |
| うがい（飲水等でも可） |  |
| スペーサーの操作・お手入れ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DPI | 評価 |
| デバイス操作 |  |
| 十分に息を吐く（吸入口にかからないように） |  |
| 適切な強さ・速さで吸入 |  |
| 吸気流速が十分である（トレーナーの音がなる） |  |
| 息止め（5秒程度） |  |
| 吸い残しがないように計2回以上繰り返し吸入する |  |
| うがい（飲水等でも可） |  |

【医師への連絡事項】

□吸入手技・吸気流速に問題があります

→原則、疑義照会をお願いします。

□吸気の同調が難しいため、

スペーサーを使用していただきます。

□副作用：嗄声・口腔違和感・動悸・振戦・

その他（ ）

【その他、特記事項】

薬局名： TEL： 　　FAX： 薬剤師名：