

吸入指導箋(1)

カルテ番号: _____ 依頼日: _____ 月 _____ 日
患者氏名: _____ 様 薬局名: _____
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当薬剤師: _____

■ 定量噴霧式1 [空打ち回数]

オルベスコ[3] フルタイドエアゾール アドエアエアゾール[4]
 フルティフォーム[4]

医師 → 薬剤師へ : 吸入指導をお願いします(依頼内容にチェックしてください)。

初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 吸入経験あり ⇒ 指導依頼
病状: 安定していますが再指導をお願いします 症状不安定のため再指導をお願いします
 その他: 病院で一通りの説明は行っています

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる (カウンター付のみ) はい いいえ
・キャップをあけることができる はい いいえ
・空打ちは、初回のみ行っている はい いいえ
・吸入前にポンペを軽くふっている はい いいえ
・デバイスを正しく指で保持できている はい いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている はい いいえ
・正しい持ち方で吸入している はい いいえ
・ポンペの底をおせる はい いいえ
(ポンペを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める)
・噴霧時に呼吸を合わせることができている はい いいえ
(クローズマウス法)
・深く吸入している はい いいえ
・うまく吸入できない患者や小児には、エアロチャンバーを勧める

吸入後

・吸入後、5秒程度息止めをする はい いいえ
・キャップを閉めることができる はい いいえ
・吸入後うがいをしている(ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回) はい いいえ

注意点

・吸入器の残量を意識している はい いいえ
・必要時に試し噴霧している (口頭で可) はい いいえ
・使用済みの吸入器と混同している はい いいえ

アドヒアランス

(主に再指導時)

・ 毎日吸入 時々忘れる 忘れることが多い
・ 症状の有無に関わらず使用 症状があるときのみ使用 使用していない
・ 発作あり 発作なし
・ 使い方に不安あり 使い方に不安なし (自己評価)
・ 残薬あり(個) 残薬なし

薬剤師 → 医師へ : 何か気付いた点があれば記入をお願いします。 指導実施日: _____

指導対象者 本人 家族 その他()
吸入操作 問題なし 問題点あり 吸入器の保存 清潔に使用できている 問題点あり

こちらの面をFAXしてください。

ご協力ありがとうございました。