

吸入指導箋(3)

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(レスピマット) [空打ち回数]

スピリーバ レスピマット[4] スピオルト レスピマット[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 はい いいえ
・初回のみカートリッジを挿入し、空打ちを4回している はい いいえ
・キャップをとじたままカチッと音がするまで180度回転させる はい いいえ
・うまく回転できない患者には、回転補助具を使用する はい いいえ
・キャップをあけることができる 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(水平・口をあてる) はい いいえ
・噴射ボタンをおせる はい いいえ
・噴射時に呼吸を合わせることができる はい いいえ
・深く吸入している はい いいえ

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

・噴射ボタンを押したまま回転させていない はい いいえ
・誤噴射していない はい いいえ
・週一回は、マウスピースとその内側の金属部分をティッシュペーパーで拭いているか はい いいえ
・最初の1本のみカートリッジの挿入は薬局でお願いします 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。