

吸入指導箋(5)

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: _____

■ドライパウダー型製剤(タービュヘイラー) [空打ち回数]

パルミコート[2] シムビコート[3]

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: SMART療法について(シムビコートのみ: 定期+発作時) 病院で一通りの説明は行っています

吸入速度測定

- ・タービュテスター使用 はい いいえ
- ・音がだせる はい いいえ
- ・→吸入指導後、音がだせるようになった はい いいえ

吸入前準備

- ・吸入器の残量をチェックできる はい いいえ
- ・キャップをあけることができる はい いいえ
- ・空打ちは、初回のみ行っている はい いいえ
- ・デバイスを立てて操作している はい いいえ
- ・回転グリップを正しく回転できる はい いいえ
(反時計まわりにまわし、次に「カチッ」と音がするまで時計まわりにまわす)
- ・うまく回転できない患者には、グリップサポーターを使用する はい いいえ
- ・2回吸入時2回連続でまわして吸入していないか 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・通気口を指でふさがらない) はい いいえ
- ・吸入時の力加減は、「深く・早く、麺類をすするような感じ」で説明してください 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(グリップはまわさない) 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

- ・吸った感覚がないことに不安がないか(初回に必ず確認する) はい いいえ
- ・吸入時、わずかな甘味や粉の感覚がある 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。