

## 吸入指導箋(6)

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(エリプタ)

レルベア

**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

#### 吸入速度測定

・エリプタトレーナー使用 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  
・カバー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・通気口を指でふさがない) はい いいえ  
・深く吸入している 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

#### 吸入後

・吸入後、5秒程度息止めをする はい いいえ  
・カバーを閉める 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

・**包装トレイを開封後は、6週間以内に使用している** 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。