

## 吸入指導箋(7)

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(ブリーズヘラー)

オンプレス  ウルティプロ

**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

・1回分のみカプセルを準備できる  はい  いいえ  
・キャップをあげ、吸入口をあける  はい  いいえ  
・吸入口を閉じる  はい  いいえ  
・横のボタンを1回押す  はい  いいえ  
(複数回押していない・押しっぱなしにしない)

#### 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  
・吸入時、横のボタンを押したままにしている  はい  いいえ  
・吸入時の力加減は、「深く・早く、麺類をすすめるような感じ」で説明してください  
・吸入時「カラカラ」音がする  はい  いいえ  
・カプセル内の薬を完全に吸うため2回吸入している  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  
・マウスピースをあげ、薬を捨てることできる  はい  いいえ  
・キャップを閉める  はい  いいえ  
・カプセルを手で捨てたら手を洗う  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

・カプセルを誤って内服していない  はい  いいえ  
・吸入器の掃除(週1回)と交換の目安(月1回)について説明する  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。