

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 シーブリ ウルティプロ エナジア アテキュラ

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
(理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

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。