

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 アノーロ エンクラッセ アニューイティ テリルジー

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。