



吸入指導実施報告書(薬局→幡多けんみん病院)

患者ID: _____
患者氏名: _____

処方医: _____ 先生
処方箋発行日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告内容(理由)

- 初回報告 経過報告
 アドヒアランス不良 問題点あり (その他: _____)

確認項目


	製品名 :			製品名 :							
製品名の名前をいえるか?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
用法用量の理解があるか?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デバイス操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸入前の「息吐き」は適切か?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸入中の「速さ」と「深さ」は適切か?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸入後の「息止め」は出来ているか?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うがいは出来ているか?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
残量の確認はできているか?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

○;良好 △;普通 ×;不良

問題点

- 操作・手技などに不安や問題あり。今後も継続した指導が必要。
 操作に介助があれば吸入可能。
 補助器具などの購入が必要。
 デバイス変更があれば、よりよい吸入が可能。 推奨デバイス: _____

推奨選択理由: _____

- 副作用あり  口腔内カンジダの初期症状(口内炎、舌の痛みなど)
 嚙声
 その他 および連絡事項

吸入状況・副作用など吸入指導時に気づいたことを記載

評価

- 問題なし 継続した吸入指導が必要

(報告元) 保険薬局:

担当薬剤師: