

ID: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

■ 定量噴霧式1 [空打ち回数]

☐ キュバール[2] ☐ オルベスコ[3] ☐ フルタイドエアゾール ☐ アドエアエアゾール[4]☐ アトロベント[2] ☐ フルティフォーム[4] ☐ ビベスピ[4] ☐ ビレーズトリ[4]

吸入前準備

- ・吸入器の残量をチェックできる（カウンター付のみ） ☐ はい ☐ いいえ
- ・キャップをあけることができる ☐ はい ☐ いいえ
- ・空打ちは、初回のみ行っている ☐ はい ☐ いいえ
- ・吸入前にポンペを軽くふっている ☐ はい ☐ いいえ
- ・デバイスを正しく指で保持できている ☐ 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 ☐ はい ☐ いいえ
- ・ポンペの底をおせる ☐ はい ☐ いいえ
- （ポンペを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める）
- ・噴霧時に呼吸を合わせることができている ☐ はい ☐ いいえ
- クローズマウス法
- ・深く吸入している ☐ はい ☐ いいえ
- ・うまく吸入できない患者や小児には、エアロチャンバーを勧める ☐ はい ☐ いいえ

吸入後

- ・吸入後、5秒（できれば10秒）程度息止めをする ☐ はい ☐ いいえ
- ・キャップを閉めることができる ☐ 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

- ・吸入器の残量を意識している ☐ はい ☐ いいえ
- ・必要時に試し噴霧している（口頭で可） ☐ はい ☐ いいえ
- ・使用済みの吸入器と混同している ☐ 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：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

ID: _____
患者氏名: _____
生年月日: _____

薬局名: _____
担当薬剤師: _____

■定量噴霧式2 SABA [空打ち回数]

☐メプチンエアー[2] ☐サルタノールインヘラー

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史
以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入前準備

- 吸入器の残量をチェックできる（カウンター付のみ） ☐はい ☐いいえ
- キャップをあけることができる ☐はい ☐いいえ
- 空打ちは、初回のみ行っている ☐はい ☐いいえ
- 吸入前にポンペを軽くふっている ☐はい ☐いいえ
- デバイスを正しく指で保持できている ☐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 ☐はい ☐いいえ
- ポンペの底をおせる ☐はい ☐いいえ
(ポンペを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める)
- 噴霧時に呼吸を合わせることができている ☐はい ☐いいえ
☐クローズマウス法
- 深く吸入している ☐はい ☐いいえ
- うまく吸入できない患者や小児には、エアロチャンバーを勧める ☐はい ☐いいえ

吸入後

- 吸入後、5秒（できれば10秒）程度息止めをする ☐はい ☐いいえ
- キャップを閉めることができる ☐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
(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

- 吸入器の残量を意識している ☐はい ☐いいえ
- 必要時に試し噴霧している（口頭で可） ☐はい ☐いいえ
- 使用済みの吸入器と混同している ☐はい ☐いいえ
- 発作時に吸入した回数をお薬手帳に記載し、次回受診時に医師にみせているか ☐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：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

ID: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ 定量噴霧式(レスピマット) [空打ち回数]

ロスピリーバ レスピマット[4] ロスピオルト レスピマット[4]

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入前準備

- ・吸入器の残量をチェックできる
- ・初回のみカートリッジを挿入し、空打ちを4回している
- ・キャップをとじたままカチッと音がするまで180度回転させる
- ・うまく回転できない患者には、回転補助具を使用する
- ・キャップをあけることができる

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

吸入

- ・吸入前に息をはいている
- ・正しい持ち方で吸入している（水平・口をあてる）
- ・噴射ボタンをおせる
- ・噴射時に呼吸を合わせることができる
- ・深く吸入している

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

吸入後

- ・吸入後、5秒（できれば10秒）程度息止めをする
- ・キャップを閉めることができる
- ・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）
（理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能）

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

注意点

- ・噴射ボタンを押したまま回転させていない
- ・誤噴射していない
- ・週一回は、マウスピースとその内側の金属部分をティッシュペーパーで拭いているか
- ・最初の1本のみカートリッジの挿入は薬局でお願いします

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □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

□はい □いいえ

薬剤師 → 医師へ：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

ID: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ディスカス)

☐ セレベント ☐ フルタイド ☐ アドエア ☐

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____ 先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入速度測定

・ディスカストレーナー使用

☐ 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

・レバーをグリップまで押すことができる

☐ 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・口をあてる）

☐ はい ☐ いいえ

・吸入時の力加減は、「ストローでジュースを飲む」、「そばをすするような感じ」と説明してください

・深く吸入している

☐ はい ☐ いいえ

吸入後

・吸入後、5秒（できれば10秒）程度息止めをする

☐ はい ☐ いいえ

・カバーを閉める（レバーは戻さない）

☐ 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**：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

ID: _____

患者氏名: _____

薬局名: _____

生年月日: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(タービュヘイラー) [空打ち回数]

□パルミコート[2] □シムビコート[3] □オーキス[3]

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入速度測定

タービュヘイラー吸入練習器(タービュテスター)使用

・音がだせる

→吸入指導後、音がだせるようになった

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

吸入前準備

・吸入器の残量をチェックできる

・キャップをあけることができる

・空打ちは、初回のみ行っている

・デバイスを立てて操作している

・回転グリップを正しく回転できる

(反時計まわりにまわし、次に「カチッ」と音がするまで時計まわりにまわす)

・うまく回転できない患者には、グリップサポーターを使用する

・2回吸入時2回連続でまわして吸入していないか

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

吸入

・吸入前に息をはいている

・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)

・吸入時の力加減は、力強く深くと説明してください

・深く吸入している

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□はい □いいえ

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする

・キャップを閉める(グリップはまわさない)

・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

□はい □いいえ

□はい □いいえ

注意点

・吸った感覚がないことに不安がないか(初回に必ず確認する)

・吸入時、わずかな甘味や粉の感覚がある

・振った時の「カサカサ」音は乾燥剤であるが、

残薬があるとカン違いしていない

□はい □いいえ

□はい □いいえ

□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: 指導内容を必ず記入ください。

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

(□後発品:後発品変更時は☑チェック)

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

ID: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ツイストヘラー)

□アズマネックス

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入前準備

- ・吸入器の残量をチェックできる ☐ はい ☐ いいえ
- ・正しく回転させながらキャップをあける ☐ はい ☐ いいえ
- ・キャップをあけると残量の数字が一つ減ることを理解している ☐ 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
- ・吸入時の力加減は、早く深くと説明してください ☐ はい ☐ いいえ
- ・深く吸入している ☐ はい ☐ いいえ

吸入後

- ・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする ☐ はい ☐ いいえ
- ・吸入後にキャップをカチッというまで閉めている ☐ 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

- ・吸った感覚がないことに不安がないか(初回に必ず確認する) ☐ はい ☐ いいえ
- ・吸入時、わずかな甘味や粉の感覚がある ☐ はい ☐ いいえ
- ・カウンターが0になったら、キャップが開かないことを説明する

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: 指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

カルテ番号: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ハンディヘラー)

□スピリーバ ハンディヘラー

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入前準備

- ・1回分のみカプセルを準備できる
- ・キャップをあけ、白いマウスピースをあける
- ・カプセルをセットできる
- ・マウスピースをしめる
- ・緑のボタンを1回押す（複数回押していない）

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

吸入

- ・吸入前に息をはいている
- ・正しい持ち方で吸入している（水平・口をあてる）
- ・吸入時「カラカラ」音がする
- ・吸入時、緑のボタンを押したままにしている
- ・深く吸入している
- ・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
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

吸入後

- ・吸入後、5秒（できれば10秒）程度息止めをする
- ・マウスピースをあけ、薬を捨てることできる
- ・カバーを閉める
- ・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）
（理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能）

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

注意点

- ・カプセルを誤って内服していない
- ・ブリスターのアルミシートは1回分ずつあけている
- ・器具の洗浄（月1回）と交換の目安（1年）について説明する

□はい □いいえ
 □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：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

カルテ番号: _____

患者氏名: _____

生年月日: _____

薬局名: _____

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 ☐アニュイティ ☐テリルジー

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史

以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

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、強く深く「スーツ」と説明してください

吸入後

・吸入後、5秒(できれば10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: 指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

カルテ番号: _____
 患者氏名: _____
 生年月日: _____

薬局名: _____
 担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ブリーズヘラー)

☐ オンブレス ☐ シーブリ ☐ ウルティブロ ☐ エナジア ☐ アテキュラ

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____ 先生御侍史
 以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

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
- ・深く吸入している ☐ はい ☐ いいえ
- ・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(できれば10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
- ・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 : 指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

カルテ番号: _____
 患者氏名: _____
 生年月日: _____

薬局名: _____
 担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(ジェヌエア)

□エクリラ

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史
 以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入速度測定	・ジェヌエア練習器を使用 ・緑色のボタンを押した後、吸入すると信号が緑→赤に変わる ・→吸入指導後、信号が緑→赤に変わるようになった	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
吸入前準備	・キャップをあけ、緑色のボタンを押す ・信号が緑になっている	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
吸入	・吸入前に息をはいている ・正しい持ち方(緑のボタンを上にして)で吸入している (吸入口を軽く唇で包むようにくわえる) ・吸入時、緑色のボタンを押したままにしない ・強く、深く吸入している ・吸入時「カチッ」と音がする(信号が赤になっている)	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
吸入後	・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする ・キャップを閉める ・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) (理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
注意点	・袋から取り出した後、90日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：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082

カルテ番号: _____
 患者氏名: _____
 生年月日: _____

薬局名: _____
 担当薬剤師: _____

■ドライパウダー型製剤(スイングヘラー)

□メプチン

春日井市民病院 呼吸器内科 医師: _____先生御侍史
 以下の通り吸入指導をいたしましたので報告させていただきます

吸入前準備

- ・防湿キャップをあける
- ・押しボタンを押す

□はい □いいえ
 □はい □いいえ

吸入

- ・吸入前に息をはいている
- ・正しい持ち方で吸入している
- 「表(水平)」と表示面(カウンター面)を上に向けて
- 空気取り入れ口をふさがないように持つ
- ・早く、深く吸入している

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □はい □いいえ

吸入後

- ・吸入後、5秒(できれば10秒)程度息止めをする
- ・防湿キャップを閉める
- ・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)
- (理解力が良好な場合には、薬効からうがいを省略可能)

□はい □いいえ
 □はい □いいえ
 □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：指導内容を必ず記入ください。

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。

FAX送付先 春日井市民病院薬剤科 0568-57-0082