

吸入指導確認シート Ver.2

吸入指導後、必要事項を記入し院外処方せんとあわせて当院 FAX コーナーに送信してください。

吸入指導確認シートの内容は次回診察時に医師が確認します。

患者 ID : _____
患者氏名 : _____
指導日 : _____
 初回指導 継続指導 (_____ 回目)
*初回指導⇒初めて処方された薬剤を指導した時

薬局名、TEL、FAX、担当薬剤師名

【手技の確認】 [評価方法：0~5 の 6段階評価で数字に○を付けてください] 0(できない)5(できる)

項目 \ 薬剤名			
薬の準備	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
吸入前の息吐き	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
吸入する	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
吸入後の息止めと息吐き	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
うがい	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
後片付け	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
残量の確認/保管	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5	0% 100% 0 1 2 3 4 5
説明の内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実地		

【理解度とアドヒアランスの評価】 ○できる △確認が必要 ×できない

内容	評価	内容	評価
使用薬剤の名前が言える	○ △ ×	薬効(使用目的)を理解している	○ △ ×
用法用量がわかる	○ △ ×	うがいの必要性を理解している	○ △ ×
処方通り使用している	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 【忘れる頻度(_____)】		

【医師への連絡事項】

- スペーサーを使用しています 正しく吸入できています
 患者さんから副作用の訴えがありました (_____)
 吸入手技・吸気流速に問題あり ⇒ 処方変更の提案：無 ・ 有 (他剤への変更をご考慮下さい)
 その他 ■継続指導の必要性： 有 ・ 無

処方変更が必要など回答を急ぐ場合は、疑義照会を行ってください。よろしくお願い致します。