

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 : 愛大 みかん

指導日 : H26. 6. 5

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

薬局名の印鑑等で記載してください

【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	
	シムピコート [®] 吸入器	スピリーバ [®] 2.5μg レスピマツ
薬の準備	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 1	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 0
吸入前の息吐き	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3
吸入する	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 2	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3
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 ○ 1
うがい	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 2	0% 100% 0 1 2 3 4 5
後片付け	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3
残量の確認/保管	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3	0% 100% 0 1 2 3 4 5 ○ 3
説明の内容(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input checked="" type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実地	

各製薬メーカーが用意している患者用説明書等の内容に沿って指導し、**必要な項目のみ**指導してください。

吸入後にうがいをする必要がない薬剤においてもうがいをおこなうよう指導されている場合などは、評価をおこなってください。

【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
- 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

初回指導の場合、【理解度とアドヒアランス】の評価が可能であれば記入をお願い致します。

継続指導の場合は、必ず評価をお願いいたします。

その他 ■継続指導の必要性 : 有 ・ 無

初回のため、デモ機を使用して指導致しました。高齢であり、スピリーバレスピマツの準備がうまく出来なかったため、薬局でスピリーバレスピマツのセット(初回準備)を行いました。

シムピコートは、メーカー提供のグリップサポーターをお渡ししています。次回、評価の低い項目の確認を致します。

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。