

知多半島吸入指導箋

医療機関名：公立西知多総合病院
診療科：
担当医：

カルテ番号： _____ 患者氏名： _____ 生年月日： _____

【ドライパウダー型製剤(タービューヘイラー)[空打ち回数]】

シムビコート[3] パルミコート[2]

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)。

病名： 気管支喘息 COPD その他：
依頼理由： 初回使用のため指導依頼 2回目以降指導依頼 その他：
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
SMART療法： 有 無 追加吸入 1回 _____ 吸入
その他：

吸入速度測定	・タービュー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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、 残薬があると勘違いしていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
アドヒアランス (主に再指導時)	・ <input type="checkbox"/> 毎日吸入 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れることが多い ・ <input type="checkbox"/> 症状の有無に関わらず使用 <input type="checkbox"/> 症状があるときのみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない ・ <input type="checkbox"/> 発作あり <input type="checkbox"/> 発作なし ・ <input type="checkbox"/> 使い方に不安あり <input type="checkbox"/> 使い方に不安なし(自己評価) ・ <input type="checkbox"/> 残薬あり(個) <input type="checkbox"/> 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

保険薬局名： _____

担当薬剤師： _____

FAX送付先:0562-33-5619(薬薬連携用薬剤科FAX)

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。