

# 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(エリプタ)】

アノーロ  アニュイティ  エンクラッセ  
 テリルジー  レルベア

**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  
その他:

吸入速度測定	・エリプタトレーナー使用 ・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 ・カバーをあけることができる	<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) ・深く吸入している ・吸入時の力加減は、強く深く「スーツ」と説明してください	<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 <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 ・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)	<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	・包装トレイを開封後は、6週間以内に使用している	<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(薬業連携用薬剤科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。