

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: _____

【定量噴霧式[空打ち回数]】

- アドエアエアゾール[4] オルベスコ[3] フルタイドエアゾール
 フルティフォーム[4] サルタノールインヘラー メプチンエアア[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
その他:

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(必要なもののみ) 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
(ポンペを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める) はい いいえ
- 噴霧時に呼吸を合わせることができている(クローズドマウス法) はい いいえ
- 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、エアロチャンパーを勧める 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)

- 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

アドヒアランス (定期吸入用) (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

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。