

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]】

ビレーズトリ[4]

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 はい いいえ
(ポンペを押す力が弱い患者には、補助具があれば勧める)
・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

・週1回洗浄できているか はい いいえ
・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。