

【吸入指導報告書】「2回目以降用（指導前アセスメントを含む）」

処方医	科	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX番号）
	先生	
患者番号：		
患者氏名：	様	TEL： FAX：
年齢：	性別：	担当薬剤師名：

【薬剤名】

（ ）回目： 年 月 日

前回の指導日： 年 月 日

① 病状確認

☐ 調子がよかった ☐ 調子が悪くなった ☐ 変わりなし ☐ その他〔 〕

② 前回の吸入指導の評価(吸入指導前にチェックしてください)

★マークのついている3項目は必ず評価してください

1) 手技の評価

★デバイスの操作	できる ・ まあまあできる ・ 問題あり
吸入前の息吐き	できる ・ まあまあできる ・ 問題あり
吸入する	できる ・ まあまあできる ・ 問題あり
吸入後の息止めと息吐き	できる ・ まあまあできる ・ 問題あり
★うがい	できる ・ まあまあできる ・ 問題あり
吸入器の管理（残薬管理を含む）	できる ・ まあまあできる ・ 問題あり

2) 知識の評価

使用薬剤の名前と用法用量が言える	良好 ・ まあまあ良好 ・ 不十分
コントロール薬と発作時の薬の使い分け	良好 ・ まあまあ良好 ・ 不十分
★副作用についての理解	良好 ・ まあまあ良好 ・ 不十分

3) 服薬アドヒアランスの評価

吸入薬を処方どおり服用している	良好 ・ 週（ ）回忘れる ・ 使用していない
-----------------	-------------------------

◎副作用の出現→☐ 口内炎 ☐ 嘔声 ☐ 尿閉 ☐ 口渇 ☐ 動悸 ☐ 振戦〔その他 〕

◎継続（再）指導の必要性 必要 不要

③ （ ）回目の吸入指導

【指導対象】 ☐ 本人に指導した ☐ 本人以外に説明した ☐ その他〔 〕

【指導方法】 ☐ 練習器/実薬で指導した ☐ 口頭で指導した ☐ その他〔 〕

【総合評価】

- ☐ 問題なく吸入可能 ☐ 介助があれば吸入可能〔介助者： 〕
☐ 何度か練習すれば自分で吸入可能 ☐ スペースーがあれば吸入可能
☐ 吸入困難です（他剤デバイスへの変更をご考慮ください）〔代替案： 〕

<備考>

*****薬局への回答欄*****

☐ 内容を確認し、処方医に報告しました。

☐ その他（ ）

記入日： 年 月 日 記入者：