

【吸入指導評価報告書】

薬剤師 → 医師

医療機関名

担当医師

患者ID

病院

先生

患者氏名

年齢

才

性別

男性

____回目・____力月後 指導日 年 月 日 薬剤師名 (印)

① 病状確認

調子が良くなった 調子が悪くなった 変わりなし その他 []

※ 下記②の「吸入指導の評価」は、最低限(★)マークの付いている3項目は必ず評価してください

② 吸入指導の評価【指導前に確認して下さい】※ できる…◎/まあまあできる…○/できない…△

薬効分類						
薬剤名						
★ デバイスの操作	◎	○	△	◎	○	△
吸入前の息吐き	◎	○	△	◎	○	△
吸入時の姿勢と吸入のタイミング	◎	○	△	◎	○	△
吸入後の息止めと息吐き	◎	○	△	◎	○	△
★ うがいはできているか	◎	○	△	◎	○	△
吸入器の管理(残数管理を含む)	◎	○	△	◎	○	△
継続(再)指導の必要性	必要	不必要		必要	不必要	

知識の評価	理解度	服薬アドヒアランスの評価	
使用薬剤の名前と用法用量が言える	◎ ○ △	処方どおり吸入している	◎ ○ △
コントロール薬と発作時の薬の使い分け	◎ ○ △	発作の回数(この4週間に)	
★ 副作用についての理解	◎ ○ △	SABA 使用回数(この4週間で)	

副作用出現: 口内炎 嘔声 尿閉 口渇 動悸 振戦 その他 []

③ 吸入指導

本人に指導した 本人が来局せず指導ができなかった 本人以外 [] に説明した

薬効分類		
薬剤名		
吸入指導をしましたか?	指導済 指導未	指導済 指導未
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤 [] <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい)		
喫煙の状況		次回の受診日(来局予定日)
<指導に対する理解の程度>	<備考欄>	