

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____ 施設名: _____

薬局名: _____

| | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 担当薬剤師サイン | | | | |
| 指導・確認対象者 | 本人 その他 | 本人 その他 | 本人 その他 | 本人 その他 |

対応者がその都度違う可能性があるため毎回担当者がサインをする。

来局時に継続して指導及び評価を実施してください。期間（3ヶ月後）はあくまでも目安です。実際の来局日を記載してください。

1. 指導者の実施状況確認項目（初回・必要時）

| | 初回 | 2回目 | 3ヶ月後 | 4回目 |
|-----------------------------------|----|-----|------|-----|
| 日付 | / | / | / | / |
| 吸入療法の必要性・重要性について説明（医師からの説明の有無を確認） | レ | レ | | |
| 吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明 | レ | レ | | |
| SABAの使用方法について説明 | レ | レ | | |
| 吸入指導者によるデモンストレーションの実施 | レ | レ | | |
| 吸気流速の確認 | レ | レ | | |

実施後、し点を記入する。

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目（初回・2回目・3ヶ月後・必要時）

| 薬剤名：アドエアードイスカス | デバイス毎の確認項目 | 初回 | 2回目 | 3ヶ月後 | 4回目 |
|----------------|--------------------------------|----|-----|------|-----|
| セット 操作 | カバーを開けて吸入口を正しく出せる | レ | ○ | | |
| | 吸入器を水平に持っている | レ | ○ | | |
| | レバーをカチッと音がするまで押している | レ | ○ | | |
| 吸入 動作 | 吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している | レ | ○ | | |
| | 深く早く吸いこんでいる | レ | ○ | | |
| | 吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています | レ | △ | | |
| セット 操作 | ゆっくり息を吐き出している | レ | ○ | | |
| | 使用後カチリと音がするところまで回し戻してカバーを閉じている | レ | ○ | | |
| | 吸入後うがいができる | レ | × | | |
| 注意 事項 | 吸入前に残薬の回数が確認できる | レ | × | | |
| | うがいの重要性・方法を理解している | レ | × | | |
| | デバイスの廃棄方法を理解している | レ | △ | | |
| | デバイスのお手入れ・保管方法を理解している | レ | △ | | |
| | デバイス再検討（変更）の必要の有無 | なし | なし | | |

初回はできるようになるまで指導し、実施後し点を記入する。2回目以降は、まず評価結果を記入する。その後、問題があればできるようになるまで指導する。
○：問題なし
△：やや不十分
×：できていない

上記と合わせて評価し、その度に「あり」、「なし」を記入する。

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

| | 初回 | 2回目 | 3ヶ月後 | 4回目 |
|---------------------|----|-----|------|-----|
| 副作用が出ていない | ○ | ○ | | |
| 残薬確認 | △ | △ | | |
| 発作・増悪時の対応について理解している | ○ | ○ | | |
| 薬剤名が言える | ○ | ○ | | |
| 用法・用量を理解し正確に実行している | ○ | ○ | | |
| 薬剤の重要性を理解している | ○ | ○ | | |
| 薬剤情報等提供料の算定の有無 | なし | なし | | |

各々の項目を確認・評価する
○：問題なし
△：やや問題あり
×：問題あり

問題があれば対処する。詳細に記入が必要な場合は備考欄を利用する。

毎回、「あり」、「なし」を記入する。

備考欄：
○月○日確認 残薬を確認（アドエア어의カウンター確認）したところ、指示通り吸えていない。8回吸入忘れあり。

詳細な患者情報提供が必要な場合には備考欄を使用する。