

吸入指導実施確認・報告書（ジェヌエア）

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
----------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

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）				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

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:	デバイス: ジェヌエア	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	緑のキャップ両側の矢印部分を押し引張り、吸入口を正しく出せる カウンターと信号が正面上部に来るように水平に持っている 信号が赤の状態緑のボタンを押して離し、信号が緑になるのを確認できている				
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（吸入口に息を吹きかけない） 深く早く吸い込んでいる 吸入により信号が緑から赤に切り替わるのを確認できている ※信号が緑のままの場合には、ボタンを押さずにもう一度吸入する 吸入後に口を閉じて5秒程度の息とめができています ゆっくり息を吐き出している				
セット操作	使用後、緑のキャップを閉めている 吸入後のうがいができる				
注意事項	吸入前に残薬の回数が確認できる うがいの重要性・方法を理解している デバイスの廃棄方法を理解している デバイスのお手入れ・保管方法を理解している デバイス再検討（変更）の必要の有無				

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				

備考欄: