

# 吸入指導実施確認・報告書（スイングヘラー）

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の用法について説明				
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：メプチン		デバイス：スイングヘラー		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	キャップを開けて吸入口を正しく出せる						
	水平と表示してある面を上にして水平に持っている						
	青のボタンをカチッと音がするまで押したあとに離すことができる						
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						
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息とめができています						
セット操作	ゆっくり息を吐き出している						
	使用后、キャップを閉める						
注意事項	吸入後のうがいができる						
	吸入前に残薬の回数を確認できる						
	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：  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_