

# 吸入指導実施確認・報告書（タービュハイラー）

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

## 1. 指導者の実施状況確認項目（初回・必要時）

日付	初回	2回目	3ヶ月後
	/	/	/
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:タービュハイラー

初回

2回目

3ヶ月後

セット操作	キャップを回して外し、吸入口を正しく出せる			
	吸入器をまっすぐに立てて持っている			
	回転グリップを右へ「クルツ」と回し、左へ「カチツ」と戻す			
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 （吸入口に息をふきかけない）			
	深く早く吸いこんでいる			
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています			
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	吸入後うがいができる			
	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
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: