

# 吸入指導実施確認・報告書（ツイストヘラー）

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

## 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: ツイストヘラー	初回	2回目	3ヶ月後
セット操作	きちんとキャップが閉まっている。 垂直に吸入器を持っている。 キャップを回し外して吸入口を正しく出せる			
吸入動作	空気取り入れ口を手でふさいでいない 吸入前に苦しならない程度に息を吐き出している 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 ゆっくり息を吐き出している			
セット操作	使用後カチリと音がするまでキャップ回し戻して閉じている			
注意事項	吸入後うがいができる 吸入前に残薬の回数を確認できる（終了したらキャップは開かない） 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: \_\_\_\_\_