

吸入指導実施確認・報告書（ディスクヘラー）

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: ディスクヘラー	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	カバーをはずしてディスクを正しく吸入器に取り付けられる				
	背筋を伸ばして吸入器を水平に持っている ディスクに穴をあけ（ふたを立て）て、ふたを元に戻して吸入できる状態にできる				
吸入動作	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				
セット操作	ゆっくり（鼻から）息を吐き出している				
	使用后トレーを動かなくなるところまで引き出し、再び押し戻すことができる。カバーをつけることができる				
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: _____