

吸入指導実施確認・報告書（ハンディヘラー）

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：スピリーバ ハンディヘラー | | 初回 | 2回目 | 3ヶ月後 | 4回目 |
|-------------------|------------------------------|----|-----|------|-----|
| セット操作 | 器具のキャップと吸入口を開けることができる | | | | |
| | 必要なカプセルのみを取り出すことができる | | | | |
| | カプセルの装着ができています | | | | |
| | 緑のボタンを確実に1回押したあとに離すことが出来ています | | | | |
| 吸入動作 | 吸入前に吸入口を咥えない状態で軽く息を吐き出せている | | | | |
| | 「深呼吸するように」深く息が吸えている | | | | |
| | カプセルの音が聞こえている(震えを感じている) | | | | |
| | 5秒程度の息止め後にゆっくりと息を吐き出せている | | | | |
| 吸入後 | 上記の吸入動作を繰り返し実施できている | | | | |
| | 吸入後のうがいができる(うがいを行う理由が説明できる) | | | | |
| | カプセルに触れずに破棄をすることができている | | | | |
| 管理 | 保管方法を理解できている | | | | |
| | 清掃方法を理解できている | | | | |
| | 廃棄方法を理解できている | | | | |
| | 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: