

吸入指導実施確認・報告書（レスピマット）

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の使用方法について説明				
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: レスピマット		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	キャップを閉じた状態で操作している				
	透明ケースをはずし、カートリッジを固い平面で最後まで押し込む				
	カートリッジを挿入する前に透明ケースを回転させない				
テスト噴霧	キャップを閉じた状態で、透明ケースをカチッと音がするまで右に回す				
	キャップを開け、下に向けた状態で噴霧ボタンを押している				
	透明ケースを回転させる際は必ずキャップをしている				
吸入動作	テスト噴霧を合計4回している				
	キャップを閉じた状態で、透明ケースをカチッと音がするまで右に回す				
	キャップを完全に開け、息をゆっくり最後まで吐き出す				
	マウスピースをくわえ、息をゆっくり吸いながら、噴霧ボタンを押す				
	薬剤をゆっくり深く吸い込む（呼吸同調ができています）				
注意事項	吸入直後に10秒程度息止めをしている				
	1回に2吸入行う（1噴霧ごとに吸入）				
	吸入前に残薬の回数が確認できる				
	テスト噴霧の必要性を理解している				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの手入れができる（週1回マウスピースを拭きとる、水洗い不可）				
	デバイスの廃棄方法を理解している（ガスは入っていないので、カートリッジ装着したまま廃棄）				
	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: _____