

吸入指導実施確認・報告書 (MDI)

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: | ※定量噴霧式吸入器 (MDI) ※ | 初回 | 2回目 | 3ヶ月後 | 4回目 |
|-------|-----------------------------------------------|----|-----|------|-----|
| セット操作 | 吸入口のキャップ (ふた) を外している | | | | |
| | 2回試し噴霧している (一週間以上使用しなかったときのみ) | | | | |
| | 吸入薬の噴霧数を理解している (処方内容の確認) | | | | |
| | アルミ缶の底が上になるように持っている | | | | |
| 吸入動作 | 吸入薬をしっかりと振っている | | | | |
| | 吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している | | | | |
| | 舌を下げ、のどを広げる必要性を理解できる | | | | |
| | ※息を止めたまま、吸入口を軽く歯でくわえ、唇で覆っている (クロズドマウス法) | | | | |
| | ※※口を開け、吸入口を口から3cm離して構えている (オープンマウス法) | | | | |
| | 吸入と同時に噴霧している | | | | |
| | 薬をゆっくりと吸入できている | | | | |
| 吸入後確認 | 吸入後、5秒間息を止めている | | | | |
| | ゆっくりと鼻から息を吐き出している | | | | |
| | 複数回吸入する場合は1回の噴霧ごとに1回ずつ吸入している (複数回まとめて吸入していない) | | | | |
| | 吸入後にうがいができ、うがいの理由を理解している | | | | |
| | 残薬の回数が確認できる | | | | |
| | 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: