報告日　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　**吸入指導　報告書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関：水戸医療センター | | | | 薬局名： |
| 処方医：　　　　　　　　 　先生 | | | | 所在地： |
| 患者ID： | | 性別: 男 ・ 女 | | 担当薬剤師： |
| 患者名： | | 年齢　　　　歳 | | TEL： |
| 生年月日：T ・ S ・ H ・ R　　　　 年　　　　月　　　　日 | | | | FAX： |
| 処方箋発行日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | 指導実施日：　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| この情報を伝えることに対しての患者の同意を　　□　得た　　　　□　得ていないが治療上重要と考えられるため報告いたします | | | | |
| **対象吸入薬**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **【総合評価】** | | | | |
| □ 問題なく吸入可能です。 | | | | □　吸入困難です。他剤への変更をご考慮お願いします。 |
| □　吸入手法に問題があります。 | | | | □　その他 |
| 確認項目 | | | | コメント |
| **吸入療法の理解** | 用法・用量の理解 | | 良　・　不良 |  |
| コントロール薬と発作時の薬の使い分け | | 良　・　不良 |  |
| アドヒアランス | | 良　・　不良 |  |
| 過剰な残薬の有無 | | 無　・　有 |  |
| 副作用の有無 | | 無　・　有 |  |
| **吸入手技** | デバイスの操作 | | 良　・　不良 |  |
| 吸入前の息吐き | | 良　・　不良 |  |
| 吸入動作・速度  ※（DPI:強く深く・ｐMDI:深くゆっくり） | | 良　・　不良 |  |
| 息止め（5秒程度） | | 良　・　不良 |  |
| 吸入後のうがい | | 良　・　不良 |  |
| **【医師への報告事項】** | | | | |
| □　練習器・実薬を用いて吸入していただきました。 | | | | |
| □　口頭で確認しました。 | | | | |
| □　再度、吸入療法と吸入手技を指導し、ご理解いただきました。 | | | | |
| □　その他 | | | | |
|  | | | | |