



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する患者の同意を 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をお願いします。
- 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