

吸入指導評価シート

pMDI製剤

アドエア

オルベスコ

ビレーズトリ

フルタイトド

フルティフォーム

メプチンエアー

患者ID：	指導日：	年	月	日
指導対象：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 初回指導	<input type="checkbox"/> 継続指導（	回目）
補助具：	<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> ボンベ補助具 <input type="checkbox"/> スペーサー（	）	<input type="checkbox"/> その他（	）

		5	4	3	2	1
		できる				できない
吸入準備	・吸入器の残量をチェックできる					
	・用法用量を理解している					
	・キャップをあけることができる					
	・吸入前にボンベを軽く振っている					

吸入	・吸入前に息を吐いている					
	・正しい持ち方で吸入している					
	・ボンベを押すことができる					
	・噴霧時に呼吸を合わせ、ゆっくり深く吸入できる（オープンマウス推奨） ※口の形は「ホ」を意識する					

吸入後	・吸入後、口を閉じて数秒間息を止めている					
	・キャップを閉めることができる					
	・うがいをしている（ガラガラ5秒、ブクブク5秒を各2回）					

注意点	・必要時に空打ちをすることを理解している					
	・アダプターや吸入口の手入れができる					

アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 毎日吸入 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れることが多い					
	<input type="checkbox"/> 症状の有無にかかわらず使用 <input type="checkbox"/> 症状があるときのみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない					
	<input type="checkbox"/> 発作あり <input type="checkbox"/> 発作なし（頻度： ）					
	<input type="checkbox"/> 使い方に不安あり <input type="checkbox"/> 使い方に不安なし（自己評価）					
	<input type="checkbox"/> 残薬あり <input type="checkbox"/> 残薬なし					

薬剤師→医師へ：何か気づいた点があれば、記入をお願いします。

薬局名： 担当薬剤師：

社会医療法人 大雄会 総合大雄会病院・大雄会クリニック 薬剤科 (FAX：0586-24-8903)

社会医療法人 大雄会 大雄会第一病院 薬剤科 (FAX：0586-26-2014)