

吸入指導評価シート

ブデホル吸入粉末剤

パルミコートタービュヘイラー

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"/> グリップ回転補助具 <input type="checkbox"/> その他（	）			

5 4 3 2 1
できる できない

吸入速度確認	・吸入練習器を用いて、音を出すことができる				
--------	-----------------------	--	--	--	--

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				
	・キャップを開けることができる				
	・デバイスを立てて操作し、回転グリップを正しく回転できる (反時計まわりにまわし、次に「カチッ」と音がするまで時計まわりにまわす)				
	・必要に応じて、グリップ回転補助具を使用する				

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（水平、口をあてる）				
	・強く深く吸入している				

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	・吸入時、わずかな甘味や粉の感覚がある				
	・振った時のカサカサ音は残量とは関係ないことを理解している				

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（自己評価） <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)