

# 吸入指導評価シート

ディスクス  フルタイム

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）

		5	4	3	2	1
		できる				できない
吸入速度確認	・ディスクストレーナーを用いて、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					
	・カバーを開けることができる（カチリと音がする）					
	・レバーをグリップまで押すことができる（カチリと音がする）					
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 ※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					
	・カバーを閉めることができる（レバーは戻さない）					
	・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	・マウスピース（吸入口）に息を吹き込んでいない					
	・吸入器の残数を確認できる					
	・マウスピースを乾いたティッシュペーパー等でふく					

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：