

# 吸入指導評価シート

ブリーズヘラー  ウルティプロ

オンブレス

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
吸入準備	・用法用量を理解している					
	・キャップと吸入口を開けることができる					
	・シートから1回分のカプセルを取り出し、セットできる					
	・両側のボタンを押すことができる					

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、通気口を指でふさいでない）					
	・強く深く吸入している（カプセルが回転するカラカラ音が聞こえる）					
	※口の形は「ホ」を意識する					
	・カプセル内に薬が残っている場合、再度吸入している					

吸入後	・吸入後、口を閉じて数秒間息を止めている					
	・吸入口を開け、薬を捨てることができる					
	・吸入口と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	・カプセルを触らずに捨てている（手で触れたら、手を洗っている）					
	・吸入器を週1回程度でから拭きしている					
	・吸入器を月1回を目安に交換している					

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)