

吸入指導チェックシート(エアゾール)



☐サルタノール ☐メプチンエアー

☐アトロベント

☐メプチンキッドエアー

該当薬剤にチェック☑して下さい

ID : _____ 男・女 _____ 歳

処方医 : _____

処方 : 発作時1回____吸入・1日____回まで

☐新規処方 ☐継続処方 ☐変更処方 ☐追加処方

病名 : ☐気管支喘息 ☐咳喘息 ☐COPD

処方医からの依頼 : ☐必要性 ☐手技 ☐副作用

☐その他 (_____)

※お願い 吸入指導された薬局様は、シート右側を記入いただきFAXいただけますと幸いです。

加古川中央市民病院 薬剤部 FAX: 079-451-8662

チェック日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

指導相手 : ☐本人 ☐ご家族

指導方法 : ☐デモ器で説明 ☐口頭確認 ☐実際に吸入

再指導の必要性 : ☐有 ☐無

スパーサー: ☐必要 ☐不要

補助具: ☐あり ☐なし

分類	チェック項目	
用法・用量の理解	用法・用量が言える	できる : できない
残量のチェック	残量チェックができる	できる : できない
初回セッティング	2回空噴射を行う(サルタノール除く)	できる : できない
セッティング	容器を十分に振る	できる : できない
姿勢	少し上向きになっている	できる : できない
吸入前	軽く息を吐き出している	できる : できない
吸入時	ゆっくり十分に吸入している	できる : できない
吸入直後	息止めができる(3秒以上)	できる : できない
吸入後①	ゆっくり息を吐き出している	できる : できない
吸入後②	うがいができる	できる : できない
コンプライアンス	決められた量を吸入できる	できる : できない

★備考欄(吸入指導の様子等を記入して下さい)。

出来れば、説明後に実際に1吸入分を吸入してみてください。

吸入指導薬局 :