

吸入指導チェックシート(エアゾール)



アドエア フルタイド オルベスコ フルティフォーム
 50 50 100 125 100 200 ビレーズトリ
 250

該当薬剤にチェック☑して下さい

ID : _____ 男・女 _____ 歳
 処方医 : _____

処方 : 1回__吸入・1日__回
 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 (_____)

チェック日: _____ 年 月 日
 指導相手 : 本人 ご家族
 指導方法 : テモ器で説明 口頭確認 実際に吸入
 再指導の必要性 : 有 無
 スペーサー: 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	必要回数空噴射を行う(フルタイド除く)	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、説明後に実際に本日分を吸入してみてください。

※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

吸入指導薬局 :