

吸入指導チェックシート(エアゾール)



- アトロベント サルタノール メプチンエアー
 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 : テモ器で説明 口頭確認 実際に吸入

再指導の必要性 : 有 無

スプーサー: 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 :