

吸入指導チェックシート(エアゾール)



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 (_____)

※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	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。

吸入指導薬局 :