

情報提供書(吸入指導評価表)

みどり病院・すこやか診療所・こがねだ診療所・華陽診療所 (いずれかに○) 年 月 日

科 先生 薬局名
住所
保険薬剤師名 印

患者名 ID

- 患者本人へ 練習器で指導/確認
 本人以外(家族)へ 実薬で指導/確認
 本人来局せず 口頭で指導/確認 その他

【吸入手技】 指導回数(回目) 前回指導日(年 月 日)

手技	薬品名					
	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続
①薬の残量確認、準備						
②吸入前の息吐き						
③吸入						
④息止め						
⑤吸入後の息吐き						
⑥後片づけ						
⑦うがい3回						

(評価方法: ○できる △次回も確認が必要 ×できない)

【病状確認】

- 調子がよくなった 調子が悪くなった 変わりなし その他
発作・息切れが起こる時間・状況 _____

【服薬アドヒアランスの評価】

- 吸入薬を処方通り使用している 良好 週__回忘れる 使用していない
発作・息切れの回数 __回/過去1か月 __回/日
SABAの使用回数 __回/過去1か月 __回/日

【医師への照会事項】

- 吸入手技・吸気流速に問題あり ⇒ 処方変更:無・有(変更内容 _____)
 副作用出現(尿閉・振戦・動悸など) ⇒ 処方変更:無・中止・有(変更内容 _____)

【医師への連絡事項】

- 同調吸入が難しいため、スプレーサーの使用を開始しました。
 副作用あり(嘔声・口腔内違和感・口渇・排尿困難・便秘・その他 _____)
 デバイスの変更が可能なら検討をお願いします

理由及び具体的変更提案 (_____)

薬剤師より医師へ/特記すべき事項