

ディスカスの吸入指導チェックリスト

アドエア、セレVENT、フルタイド (いずれかに○) チェック日: ____年 ____月 ____日

患者名 _____ ID _____

①薬の準備	<input type="checkbox"/> カウンターで残量を確認しているか <input type="checkbox"/> カウンターを上にして、水平にカバーを開けているか <input type="checkbox"/> レバーをさいごまでしっかりと押しているか (カチッと音がします) <input type="checkbox"/> 「カチッ音」がしっかり聞こえているか
②息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③吸入	<input type="checkbox"/> デバイスに口をあてる前から吸い始めていないか <input type="checkbox"/> 力強く深く吸入しているか <input type="checkbox"/> デバイスの水平を保ち吸入しているか
④息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5 秒間程度の息止めをしているか
⑤息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか わずかな甘みや粉感が感じられなければカバーを動かさず②に戻ります
⑥後片付け	<input type="checkbox"/> カバーを閉める前に吸入口を拭いているか <input type="checkbox"/> 吸入後に無駄なレバー戻しをしていないか <input type="checkbox"/> 吸入後にカバーをしっかりと閉めているか (薬剤の吸湿防止) もう 1 回吸入をする場合は①にもどります
⑦うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい (ガラガラ・ブクブク) を 3 回しているか

その他

エアゾールの吸入指導チェックリスト

薬品名 _____

チェック日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名 _____ ID _____

①薬の準備	<input type="checkbox"/> 試し射ちは最初の使用時、または1週間程度（フルフォームは3日）使用間隔が空いた時にのみ行っているか <input type="checkbox"/> この試し射ち操作を日常の吸入の際に誤って行っていないか <input type="checkbox"/> 薬剤残量を確認しているか（カウンターのないものもある） <input type="checkbox"/> キャップを外し、ボンベをよく振っているか <input type="checkbox"/> デバイスを正しい指で支持できているか
②息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③吸入	<input type="checkbox"/> 吸入口を歯でくわえ、舌を下げているか（クローズドマウス法） <input type="checkbox"/> ボンベの底を指の力で有効に押せているか <input type="checkbox"/> 吸入時、顔の位置をまっすぐにし、吸入器を正しい向きで垂直に持っているか <input type="checkbox"/> ボンベを押すと同時に、2秒以上かけてゆっくり深く吸い込んでいるか <input type="checkbox"/> 薬剤噴射方向が不安定ではないか
④息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5秒間程度の息止めをしているか
⑤息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか もう1回吸入をする場合は①にもどります
⑥後片付け	<input type="checkbox"/> 吸入口を拭いてからキャップを閉じているか <input type="checkbox"/> 保管場所は高温にならない所になっているか
⑦うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい（ガラガラ・ブクブク）を3回しているか

その他

レスピマットの吸入指導チェックリスト

スピリーバ、スピオルト

チェック日： 年 月 日

患者名 _____ ID _____

① 薬の準備	<input type="checkbox"/> 目盛りで残量を確認しているか <input type="checkbox"/> 透明ケースをカチッと音がするまで、一度に回しているか <input type="checkbox"/> キャップを上にし、ほぼ垂直に立てて回しているか <input type="checkbox"/> 吸入前に、キャップを開ける方向が間違っていないか <2回目の吸入時> <input type="checkbox"/> キャップを開けたまま、噴霧口を覗いて回していないか <input type="checkbox"/> 噴霧ボタンを押したまま、回していないか
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③ 吸入	<input type="checkbox"/> 通気孔を唇でふさいでいないか <input type="checkbox"/> 薬剤噴射時に、呼吸同調ができているか <input type="checkbox"/> 薬剤噴霧方向が不安定でないか <input type="checkbox"/> 2秒以上かけてゆっくりと深く吸入できているか（噴霧は約1.5秒）
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5秒間程度の息止めをしているか
⑤ 息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか
⑥ 後片付け	<input type="checkbox"/> 吸入口を拭いてからキャップを閉じているか <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">通常1回2吸入なので①に戻ります</div> <input type="checkbox"/> 保管場所は高温にならない所になっているか
⑦ うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい（ガラガラ・ブクブク）を3回しているか

その他

タービュヘイラーの吸入指導チェックリスト

パルミコート、シムビコート（いずれかに○） チェック日： 年 月 日

患者名 _____ ID _____

① 薬の準備	<input type="checkbox"/> キャップを回して外しているか <input type="checkbox"/> カウンターで残量を確認しているか <input type="checkbox"/> 回転グリップを、クルッと右方向に確実に止まるまで回しているか <input type="checkbox"/> 止まったら逆方向（左）に、カチッと音がするまで回し戻しているか <input type="checkbox"/> 「カチッ音」がしっかり聞こえているか <input type="checkbox"/> デバイスは横にせず、本体中央部を持って立てて回転しているか <input type="checkbox"/> 一度に2吸入する際に、回転操作を連続2回する誤操作をしていないか
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③ 吸入	<input type="checkbox"/> 通気孔を手指や唇でふさいでいないか <input type="checkbox"/> デバイスに口をあてる前から吸い始めていないか <input type="checkbox"/> 力強く深く吸入しているか
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5秒間程度の息止めをしているか
⑤ 息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">もう1回吸入をする場合は①にもどります</div>
⑥ 後片付け	<input type="checkbox"/> 吸入口を拭いてからキャップをしっかり閉じているか（湿気防止） <input type="checkbox"/> 吸入後にグリップを半回しするなど誤操作をしていないか <input type="checkbox"/> 吸った感覚がないことに不安を覚えていないか
⑦ うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい（ガラガラ・ブクブク）を3回しているか

その他

ハンディヘラーの吸入指導チェックリスト

スピリーバ

チェック日： 年 月 日

患者名 _____ ID _____

① 薬の準備	<input type="checkbox"/> アルミシートは1列ずつ切り離しているか <input type="checkbox"/> アルミシートを数回分一気に開けていないか <input type="checkbox"/> アルミシートを毎日順番に1カプセルずつ取り出せているか <input type="checkbox"/> アルミシートをハサミなどで切っていないか <input type="checkbox"/> キャップを開け、白い吸入口を開けているか <input type="checkbox"/> 吸入前に新しいカプセルを入れ忘れていないか <input type="checkbox"/> 吸入口をカチッと音がするまでしっかりと閉めているか <input type="checkbox"/> 緑のボタンを強く一回のみ押して、離しているか（複数回押さない）
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③ 吸入	<input type="checkbox"/> デバイスに口をあてる前から吸い始めていないか <input type="checkbox"/> カプセルのカラカラ音が聞こえる程度の速さで、深く吸入しているか <input type="checkbox"/> 緑のボタンを押したままで、吸入をしていないか（カラカラ音がしない）
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5秒間程度の息止めをしているか
⑤ 息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか カプセル内の薬剤を完全に吸入するため②～⑤の手順を繰り返す
⑥ 後片付け	<input type="checkbox"/> 吸入後のカプセルは捨てているか（手に取らず直接ゴミ箱に捨てます） <input type="checkbox"/> 25度を超える室温の所で保管していないか <input type="checkbox"/> 月に1度は本体を新しいものに交換しているか（針が消耗します） <input type="checkbox"/> 吸入口を拭いてからキャップを閉じているか（本体水洗いも可能）
⑦ うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい（ガラガラ・ブクブク）を3回しているか

その他

ブリーズヘラーの吸入指導チェックリスト

ウルティプロ

チェック日： 年 月 日

患者名 _____ ID _____

① 薬の 準備	<input type="checkbox"/> キャップを取り外し、吸入口を開けているか <input type="checkbox"/> アルミシートを剥がしてカプセルを正しく取り出せているか <input type="checkbox"/> アルミシートを数回分を一度に開けていないか <input type="checkbox"/> 吸入口にカプセルを誤って入れていないか <input type="checkbox"/> 吸入前に新しいカプセルを入れ忘れていないか <input type="checkbox"/> 吸入口をカチッと音がするまでしっかりと閉めているか <input type="checkbox"/> 両側のボタンを強く一回のみ押して、離しているか（複数回押さない） <input type="checkbox"/> 両側のボタンが左右を向くようにして持っているか
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③ 吸入	<input type="checkbox"/> デバイスに口をあてる前から吸い始めていないか <input type="checkbox"/> カプセルのカラカラ音が聞こえる程度の速さで、深く吸入しているか <input type="checkbox"/> ボタンを押したままで、吸入をしていないか（カラカラ音がしない）
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5 秒間程度の息止めをしているか
⑤ 息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか <p style="text-align: center;">カプセル内の薬剤を完全に吸入するため②～⑤の手順を繰り返す</p>
⑥ 後片付け	<input type="checkbox"/> 吸入後のカプセルは捨てているか（手に取らず直接ゴミ箱に捨てます） <input type="checkbox"/> 月に 1 度は本体を新しいものに交換しているか（針が消耗します） <input type="checkbox"/> 吸入口を拭いてからキャップを閉じているか（本体水洗い不可）
⑦ うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい（ガラガラ・ブクブク）を 3 回しているか

その他

エリプタの吸入指導チェックリスト

レルベア、エンクラッセ、アノーロ (いずれかに○) チェック日: _____年 _____月 _____日

患者名 _____ ID _____

① 薬の準備	<input type="checkbox"/> 包装トレイを開封後は6週間以内に使用することを知っているか (開封日、もしくは使用期限日を本体に記入しておきましょう) <input type="checkbox"/> カウンターで残量を確認しているか <input type="checkbox"/> カバーをカチッ音がするまで開けているか <input type="checkbox"/> この時、カウンターの数が一つ減ったことを確認しているか <input type="checkbox"/> 「カチッ音」がしっかり聞こえているか <input type="checkbox"/> カバーを開けてから、振ったり叩いたりしていないか
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③ 吸入	<input type="checkbox"/> デバイスに口をあてる前から吸い始めていないか <input type="checkbox"/> 通気口を指や唇で塞いでいないか <input type="checkbox"/> 力強く深く吸入しているか <input type="checkbox"/> 吸入時に口角が開いたままになっていないか
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5秒間程度の息止めをしているか
⑤ 息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか わずかな甘みや粉感が感じられなければカバーを動かさず②に戻ります
⑥ 後片付け	<input type="checkbox"/> カバーを閉める前に吸入口を拭いているか <input type="checkbox"/> 吸入後にカバーをしっかりと閉めているか (薬剤の吸湿防止) <input type="checkbox"/> 高温多湿の所を避けて、室温で保管しているか
⑦ うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい (ガラガラ・ブクブク) を3回しているか

その他

ジェヌエアの吸入指導チェックリスト

エクリラ

チェック日: 年 月 日

患者名 ID

① 薬の準備	<input type="checkbox"/> カウンターで残量を確認しているか <input type="checkbox"/> キャップ両側の矢印部分を軽く押して引っ張り、外しているか <input type="checkbox"/> ボタンを上にしてデバイスを水平に持っているか <input type="checkbox"/> 信号が緑色になるまでしっかりとボタンを押し、離しているか
② 息吐き	<input type="checkbox"/> 無理をしない程度の息吐きができているか <input type="checkbox"/> 吸入口に息を吹きかけていないか
③ 吸入	<input type="checkbox"/> デバイスに口をあてる前から吸い始めていないか <input type="checkbox"/> ボタンを押したまま吸入していないか <input type="checkbox"/> デバイスを水平に保ったまま吸入しているか <input type="checkbox"/> 力強く深く吸入し、カチッと音がして信号が緑から赤に変わったか (赤にならなければ②に戻る) <input type="checkbox"/> カチッと音がしても、最後まで十分に深く吸いきっているか <input type="checkbox"/> 吸入時に口角が開いたままになっていないか
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 吸入口から口を離し、5 秒間程度の息止めをしているか
⑤ 息吐き	<input type="checkbox"/> 吸入口に吹きかけないように、ゆっくりと息を吐きだしているか
⑥ 後片付け	<input type="checkbox"/> キャップを閉める前に吸入口を拭いているか <input type="checkbox"/> 吸入後にキャップをしっかりと閉めているか (薬剤の吸湿防止)
⑦ うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後にしっかりとうがい (ガラガラ・ブクブク) を 3 回しているか

その他