

吸入指導実施確認・報告書（ディスカス）

患者名（ID）: _____

担当医名: _____ 施設名: _____

薬局名: _____

担当薬剤師サイン 指導・確認対象者				
	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目（初回・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
日付	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明（医師からの説明の有無を確認）				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目（初回・2回目・3ヶ月後・必要時）

薬剤名:	デバイス: ディスカス	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	カバーを開けて吸入口を正しく出せる				
	吸入器を水平に持っている				
	レバーをカチッと音がするまで押している				
吸入動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している				
	深く早く吸いこんでいる				
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています				
	ゆっくり息を吐き出している				
セット操作	使用後カチリと音がするところまで回し戻してカバーを閉じている				
注意事項	吸入後うがいができる				
	吸入前に残薬の回数が確認できる				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの廃棄方法を理解している				
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している				
	デバイス再検討（変更）の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

申し送り事項：

☐ 同意済 ☐ 未同意

※指導内容、評価を記入後、当院薬剤部までFAX送信お願い致します。

草津総合病院 〒525-8585 滋賀県草津市矢橋町1660

薬剤師 _____

TEL：077-516-2484（薬剤部直通） FAX：077-516-2484