

吸入指導実施確認・報告書（ハンディヘラー）

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	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: スピリーバハンディヘラー	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作				
器具のキャップと吸入口を開けることができる				
必要なカプセルのみを取り出すことができる				
カプセルの装着ができています				
緑のボタンを確実に1回押したあとに離すことが出来ています				
吸入動作				
吸入前に吸入口を咥えない状態で軽く息を吐き出せている				
「深呼吸するように」深く息が吸えている				
カプセルの音が聞こえている(震えを感じている)				
5秒程度の息止め後にゆっくりと息を吐き出せている				
上記の吸入動作を繰り返し実施できている				
吸入後				
吸入後のうがいができる(うがいを行う理由が説明できる)				
カプセルに触れずに破棄をすることができている				
管理				
保管方法を理解できている				
清掃方法を理解できている				
廃棄方法を理解できている				
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