吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____ 施設名: 横浜医療センター

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. 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: レルベア、アノーロ、エンクラッセ デバイス: エリプタ		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	キャップをカチッ音がするまで開けて吸入口を正しく出せる				
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まで回し戻してカバーを閉じている				
	吸入後うがいができています				
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無				

2. 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	/			

医師へのコメント: _____