

吸入指導報告書

年 月 日

社会医療法人 高清会 高井病院

薬局名

科 先生御侍史

TEL

FAX

ご紹介いただきました患者 様 (ID:) は、本日来局され、
薬剤師 が担当しました。吸入指導の結果は以下の通りです。

【吸入指導の総合評価】

問題なく吸入可能です。 吸入手技に問題があります。 吸入困難です。他剤への変更を考慮ください。

【吸入手技の評価】

※ 薬剤名を記入してください。

項目	薬剤名			
デバイスの操作		○ ×	○ ×	○ ×
吸入前の息吐き		○ ×	○ ×	○ ×
吸入する		○ ×	○ ×	○ ×
吸入後の息止めと息吐き		○ ×	○ ×	○ ×
吸入器の管理(残数管理を含む)		○ ×	○ ×	○ ×
継続指導の必要性		必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	必要 ・ 不要

【吸入療法の理解】

内容	理解度
使用薬剤の名前と用法・用量	良好 ・ 不良
コントロール薬と発作時の薬の使いわけ	良好 ・ 不良
副作用について	良好 ・ 不良
うがいの必要性	良好 ・ 不良

気管支喘息 ACT 点数

※ 必要時は記入をお願いします。

点

COPD ・ CAT 点数

※ 必要時は記入をお願いします。

点

【医師への連絡事項】

練習器・実薬を用いて吸入していただきました。

口頭で確認しました。

スペーサー () を使用しました。

副作用が出現しました。【症状:口内炎・嘔声・尿閉・口渇・動悸・振戦・その他()】

特記事項 ()

*保険薬局の先生方へ

ご記入後は高井病院までFAX送信をお願いいたします。【高井病院 FAX:0743-65-1976】