

吸入指導 報告書 (薬局 → 小川赤十字病院) FAX

宛先：先生	患者さんID：
指導日：年 月 日 ()	患者さん氏名：
保険薬局名：	
担当薬剤師名：	

総合評価：継続指導の必要性 有 無

吸入薬剤名	①	②	③	④	⑤	⑥
	準備	息吐き	同調 (エア-SMI)	ゆっくり 深く吸う (エア-SMI)	速く 深く吸う (DPI)	息止め (約5秒)
①						
②						
③						

- ※ デバイス毎に上記項目の吸入手技をご評価ください。【評価方法：○適切 △不適切 ×全くできない】
- ※ ドライパウダー製剤は③④評価対象外、エア/ソフトミスト製剤は⑤評価対象外の為、空白で構いません。
- ※ 別途、吸入指導確認リストを参照し、吸入練習器具を用いて患者さんに実際に操作をみてご評価ください。

【連絡事項】

- デバイスの変更が必要なため、疑義照会を行い変更しました。
- デバイス変更が可能な場合、ご検討ください。

<input type="checkbox"/> 操作不安 <input type="checkbox"/> 吸気流速不足 <input type="checkbox"/> その他：

- 吸入補助具の使用開始を連絡します。

<input type="checkbox"/> スペーサー (エアロチャンバー) <input type="checkbox"/> その他：

- 残薬ありの為、疑義照会を行い処方調整しました。

【特記事項】

<div style="border: 1px solid black; min-height: 100px;"></div>
