**吸　入　指　導　評　価　表**

薬局名

TEL

FAX,

担当薬剤師名

施設名

患者ID

患者氏名

生年月日　　　　　　　　　　　性別　男・女

ああああ

あ

し

**指導日：令和　　年　　月　　日　　　○できる　　△確認が必要　　×できない**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **薬品名****項目** | **☐新規　　☐継続** | **☐新規　　☐継続** | **☐新規　　☐継続** |
| **1.デバイスの操作** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **2.吸入前の息吐き** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **3.吸入の深さ・速さ** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **4.吸入後の息止め・息吐き** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **5.うがい** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **6.薬剤名・用法が言える** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **7.残数の確認・後片付け** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** | **○　　△　　×** |
| **8.吸入薬を処方どおり****服用している** | **○　良好****△　週　　　回忘れる****×　不良** | **○　良好****△　週　　　回忘れる****×　不良** | **○　良好****△　週　　　回忘れる****×　不良** |

**発作の回数（過去1ヶ月）　　　　　回**

**副作用の出現**

**☐ 口内炎　　☐ 嗄声　　☐ 尿閉　　☐ 口渇　　☐ 動悸　　☐ 振戦　　その他（　　　　　　）**

**医師への連絡事項（回答を急ぐ場合は、疑義照会を行って下さい。）**

国立病院機構宇都宮病院　薬剤部　FAX　028（673）2125