

吸入指導評価表

施設名.....
 患者 ID.....
 患者氏名.....
 生年月日.....性別 男・女

薬局名
 TEL
 FAX,
 担当薬剤師名

指導日：令和 年 月 日 ○できる △確認が必要 ×できない

項目	薬品名			薬品名			薬品名		
	□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 嘔声 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。）