

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：平成 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	○ 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	○ 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。）