

【吸入指導評価表】 (薬剤師→医師)

医療機関名 _____
 担当医師 _____科 _____先生
 患者ID _____
 患者名 _____ 年齢 _____才 性別 男・女

薬局名 _____
 担当薬剤師名 _____
 TEL: _____ FAX: _____

初回 __ 回目 : 実施日 _____年 ____月 ____日

①吸入指導の実施について (薬剤名を記入のうえ、チェック、または該当項目を○で囲んでください)
 本人に指導した 本人来局せず指導ができなかった 本人以外に説明した

項目	薬剤名					
	指導済	指導未	指導済	指導未	指導済	指導未
吸入指導の実施	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導した <input type="checkbox"/> 吸入補助器必要 <input type="checkbox"/> 吸入困難です(他剤への変更をご検討ください:急を要する時には疑義照会を行ってください)						

②吸入指導の評価 (薬剤名を記入のうえ、該当項目を○で囲んでください)
 ◎・・・よくできる ○・・・まあまあできる(多少問題あり) △・・・できない

項目	薬剤名					
	◎	○	△	◎	○	△
薬剤名が言える	◎	○	△	◎	○	△
薬効が分かる	◎	○	△	◎	○	△
用法用量(吸入回数)が分かる	◎	○	△	◎	○	△
副作用についての理解	◎	○	△	◎	○	△
デバイスの操作(薬剤準備)	◎	○	△	◎	○	△
吸入前の息吐き	◎	○	△	◎	○	△
吸入動作	◎	○	△	◎	○	△
吸入後の息止めと息吐き	◎	○	△	◎	○	△
吸入後のうがい	◎	○	△	◎	○	△
吸入薬の管理(残薬管理を含む)	◎	○	△	◎	○	△
服薬アドヒアランスの評価	◎	○	△	◎	○	△
継続(再)指導の必要性	必要 不要		必要 不要		必要 不要	

③病状確認 (チェック、および該当項目に記入をしてください)

薬の効果判定(体調)	<input type="checkbox"/> 良くなった <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> 変わりなし *その他は備考に記入
発作の回数(過去1ヶ月)	回
SABAの使用回数(過去1ヶ月)	回
副作用出現	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> その他()

<備考> (上記に記載できず、医師に伝えたい事を書いてください。急を要する時には疑義照会をお願いします)