西陣病院薬剤部

mail:西陣病院薬剤部 pharm-di@nishijinhp.com

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

医薬品情報管理室　御中

報告（指導）日：　年月日

吸入薬指導情報提供書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当医内科  先生 | 保険薬局　名称・所在地 | |
| 患者ID：  患者氏名：　様 | TEL： | FAX： |
| 担当薬剤師名： | |

【吸入指導の総合評価】

　□ 問題なく吸入可能です　□ 吸入手技に問題あり　□ 吸入困難です（他剤への変更をご検討ください）

【吸入手技の評価】〇：できる・△：説明するとできる・×：できない

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名  項目 |  |  |  |
| ①デバイスの操作 |  |  |  |
| ②吸入前の息吹き |  |  |  |
| ③吸入する |  |  |  |
| ④吸入後の息止めと息吐き |  |  |  |
| ⑤吸入器の管理（残量管理など） |  |  |  |

【吸入療法の理解】

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 理解度 |
| ①使用薬剤の名前と用法・用量 |  |
| ②定時使用と発作時の使い分け |  |
| ③副作用 |  |
| ④うがいの必要性 |  |

【医師への連絡事項】

　□ 練習器・実薬を用いて吸入指導を行いました

　□ 口頭で確認しました

　□ スペーサー（　　）を使用しました

　□ 副作用の疑いがあります（症状：口内炎・嗄声・尿閉・口渇・動悸・振戦）

指導薬剤師コメント