

【吸入指導評価表】 薬剤師→医師

問合せ先: 済生会中和病院 (TEL:0744-43-5001)
(FAX:0744-46-3066)

薬局名 _____

指導薬剤師 _____

担当医師 _____ 御侍史

TEL _____ FAX _____

患者 ID _____

1回目 平成 年 月 日

指導対象 本人 家族

- 練習器/実薬で指導(確認)した 手順書を基に口頭で指導(確認)した
 その他〔 _____ 〕
 スペーサの使用
 併用禁忌薬剤の確認

吸入困難です (他剤 (_____) への変更をお願いします)
理由: _____

回目 平成 年 月 日

前回指導日 _____ 年 月 日

指導対象 本人 家族

- 練習器/実薬で指導(確認)した 手順書を基に口頭で指導(確認)した
 その他〔 _____ 〕
 スペーサの使用
 併用禁忌薬剤の確認

○前回の吸入指導の評価【吸入指導前にチェックしてください】

※できる…3/まあまあできる…2/できない…1の3段階評価

チェック項目)	薬品名								
使用薬剤の名前と用法が言える	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入薬を処方通り行っている	3	2	1	3	2	1	3	2	1
デバイスの操作	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入前の息吐き	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入する	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入後の息止めと息吐き	3	2	1	3	2	1	3	2	1
うがい	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入器の管理	3	2	1	3	2	1	3	2	1
継続(再)指導の必要性	次回・3ヶ月・6ヶ月			次回・3ヶ月・6ヶ月			次回・3ヶ月・6ヶ月		

○医師への連絡事項

- 調子が良くなった 調子が悪くなった 変わりなし
 内炎 嘔声 尿閉 口渇 動悸 振戦
 その他〔 _____ 〕

コンプライアンス【 _____ 】 残薬【 _____ 】

吸入困難です (他剤 (_____) への変更をお願いします)
理由: _____