**吸入指導報告書**

病院 　　　　　　　　　　　　　令和　 年　月　日

 科　　　　　　　　　　　　　　薬局名

　　　　　　　　　　　　 先生御侍史　　　　 TEL: FAX:

患者　　　　　　　　　　　　様(ID: )は、

本日来局され　薬剤師　　　　　　　　　　　が担当しました。

【吸入指導の総合評価】

* 問題なく吸入可能です　 　　　　　　□ 吸入手技に問題があります
* 吸入困難です　(他剤への変更をご考慮ください)

【吸入手技の評価】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目　　　　　　薬剤名 |  |  |
| デバイスの操作 | 　　　〇　　　　　× | 　　　〇　　　　× |
| 吸入前の息吐き | 　　　〇　　　　　× | 　　　〇　　　　× |
| 吸入する | 　　　〇　　　　　× | 　　　〇　　　　× |
| 吸入後の息止めと息吐き | 　　　〇　　　　　× | 　　　〇　　　　× |
| 吸入器の管理(残薬管理含む) | 　　　〇　　　　　× | 　　　〇　　　　× |
| 継続指導の必要性 | 　　　あり　・　　なし | 　　　あり　・　なし |

【吸入療法の理解】

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 理解度 |
| 使用薬剤の名前と用法・用量 | 　　良好　・　不良 |
| コントロール薬と発作時薬の使い分け | 　　良好　・　不良 |
| 副作用について | 良好　・　不良 |
| うがいの必要性 | 　　良好　・　不良 |

【医師への連絡事項】

* 練習器・実薬を用いて吸入して頂きました。
* 口頭で確認しました。
* 副作用が出現しました【症状：口内炎・嗄声・尿閉・口喝・動悸・振戦・その他( )】
* **特記事項**