

吸入指導連携シート

【薬剤師→医師】

ID		氏名		実施日	
指導歴	≪ 初回 ・ 継続 (回目) ≫		疾患名	気管支喘息 ・ COPD	

★薬について★

内容	評価	
薬識・病識	問題なし	再指導
用法・用量	問題なし	再指導
うがいの必要性	問題なし	再指導
コントローラー／ リリーバーの違い	問題なし	再指導
リリーバーの 最大使用回数	問題なし	再指導

★説明・確認方法★

<input type="checkbox"/> 吸入説明書の提供
<input type="checkbox"/> 練習用吸入器の提供
<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演
<input type="checkbox"/> 患者による実演
<input type="checkbox"/> 口頭による説明

(※複数選択可)

★使用状況★

項目	薬剤名					
	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
デバイスセット	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
デバイス操作	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
吸入前の息吐き	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
吸入量	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
吸入方法	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
吸入後の息止め	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
うがい	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導
コンプライアンス	問題なし	再指導	問題なし	再指導	問題なし	再指導

★副作用

<input type="checkbox"/> 有	症状	嘔声・口渇・口内違和感・動悸・振戦・排尿困難 その他 ()
<input type="checkbox"/> 無		

連絡事項

薬局名		担当薬剤師	
-----	--	-------	--