

# 吸入指導依頼書 (エリプタ)

テリルジー  レルベア  アニユイティ  アノーロ  エンクラッセ

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント

- 前回エラーあり  
 症状悪化あり  
 定期吸入指導

処方施設：

TEL \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_

処方施設ID： \_\_\_\_\_

依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名： 喘息  COPD  気管支炎

区分： 初回指導  再指導

患者氏名： \_\_\_\_\_

処方医： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 吸入薬が処方された方へ \*\*\*\*\*

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書 (エリプタ)

| 評価は○・△・×             | 評価 |
|----------------------|----|
| ①用法・用量が言える           |    |
| ②残数を確認できる            |    |
| ③カバーを上にして保持する        |    |
| ④カバーをカチッと音がするまであける   |    |
| ⑤無理をしない程度に息吐きをする     |    |
| ⑥吸気孔を塞がないように吸入口をくわえる |    |
| ⑦強く深く吸入する            |    |
| ⑧口を閉じて3～5秒間息止め       |    |
| ⑨ゆっくり息を吐く            |    |
| ⑩キャップをしめて保管          |    |
| ⑪うがいをする              |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名：

TEL：

Fax：

指導者：

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
 以下の点に不安あり  
 吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導依頼書（タービュヘイラー）

シムビコート（ジェネリックを含む）  パルミコート  オーキシス

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント SMART療法 あり・なし  
 前回エラーあり  
 症状悪化あり  
 定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL \_\_\_\_\_ , Fax \_\_\_\_\_ 診断名：  喘息  COPD  気管支炎  
処方施設ID： \_\_\_\_\_ 区分：  初回指導  再指導  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 吸入薬が処方された方へ \*\*\*\*\*

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。  
私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（タービュヘイラー）

| 評価は○・△・×            | 評価 | 指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日         |
|---------------------|----|--------------------------------------|
| ①用法・用量が言える          |    | 薬局名： _____                           |
| ②残数を確認できる           |    | TEL： _____                           |
| ③キャップを外し吸入口を上で垂直に保持 |    | Fax： _____                           |
| ④グリップを反時計回りにクルッと回転  |    | 指導者： _____                           |
| ⑤グリップを時計回りにカチッと回転   |    | 報告・コメント                              |
| ⑥無理をしない程度に息吐きをする    |    | <input type="checkbox"/> 問題なく吸入できます  |
| ⑥吸入口をくわえて強く深く吸入する   |    | <input type="checkbox"/> 以下の点に不安あり   |
| ⑦口を閉じて3～5秒間息止め      |    | <input type="checkbox"/> 吸入不可、処方変更必要 |
| ⑧ゆっくり息を吐く           |    |                                      |
| ⑨ ④～⑧を指示回数繰り返す      |    |                                      |
| ⑩キャップをしめて保管         |    |                                      |
| ⑪うがいをする             |    |                                      |

# 吸入指導依頼書（ブリーズヘラー）

エナジア  アテキュラ  ウルティブロ  オンブレス  シーブリ

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント

- 前回エラーあり  
 症状悪化あり  
 定期吸入指導

処方施設：

TEL \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_

処方施設ID： \_\_\_\_\_

依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名： 喘息  COPD  気管支炎

区分： 初回指導  再指導

患者氏名： \_\_\_\_\_

処方医： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 吸入薬が処方された方へ \*\*\*\*\*

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（ブリーズヘラー）

| 評価は○・△・×         | 評価 |
|------------------|----|
| ①用法・用量が言える       |    |
| ②キャップを外す         |    |
| ③シートからカプセルを取り出す  |    |
| ④カプセルをセット        |    |
| ⑤左右のボタンを1回押す     |    |
| ⑥無理をしない程度に息吐きをする |    |
| ⑥吸入口をくわえて深く吸入する  |    |
| ⑦口を閉じて3～5秒間息止め   |    |
| ⑧ゆっくり息を吐く        |    |
| ⑨カプセルを手で触れずに廃棄   |    |
| ⑩キャップをしめて保管      |    |
| ⑪うがいをする          |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名：

TEL：

Fax：

指導者：

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
 以下の点に不安あり  
 吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導依頼書（ディスカス）

アドエア フルタイド  
セレベント

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント  
前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL \_\_\_\_\_ , Fax \_\_\_\_\_ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎  
処方施設ID： \_\_\_\_\_ 区分： 初回指導 再指導  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 吸入薬が処方された方へ \*\*\*\*\*

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。  
私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（ディスカス）

評価は○・△・×

評価

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

Fax： \_\_\_\_\_

指導者： \_\_\_\_\_

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要

①用法・用量が言える

②残数を確認できる

③残数カウンターを上にして水平に保持

④カバーをカチッと音がするまであける

⑤レバーをカチッと音がするまで押し込む

⑥無理をしない程度に息吐きをする

⑦吸入口を下向きにしないようにくわえる

⑦強く深く吸入する

⑧口を閉じて3～5秒間息止め

⑨ゆっくり息を吐く

⑩キャップをしめて保管

⑪うがいをする

# 吸入指導依頼書 (pMDI)

メプチン サルタノール フルティフォーム アドエア フルタイド  
オルベスコ キュバル ビレーズトリ ビベスピ その他

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します

処方医コメント  
前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL \_\_\_\_\_ , Fax \_\_\_\_\_ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎  
処方施設ID： \_\_\_\_\_ 区分： 初回指導 再指導  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 吸入薬が処方された方へ \*\*\*\*\*

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。  
私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書 (pMDI)

| 評価は○・△・×                             | 評価 |
|--------------------------------------|----|
| ①用法・用量が言える                           |    |
| ②残数を確認できる                            |    |
| ③ボンベの底を上にして持つ                        |    |
| ④キャップをあける                            |    |
| ⑤ボンベを数回振る                            |    |
| ⑥吸入前に息吐きをする                          |    |
| ⑦容器を口元にセット（歯で容器を噛む、または口元から4cm程離して保持） |    |
| ⑧ボンベを押すと同時にゆっくり深く吸入                  |    |
| ⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め                    |    |
| ⑩ゆっくり息を吐く                            |    |
| ⑪複数回吸入する場合⑤～⑨を繰り返す                   |    |
| ⑫キャップをしめて保管                          |    |
| ⑬うがいをする                              |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
薬局名： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_  
指導者： \_\_\_\_\_

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導報告書（レスピマット）

スピオルト スピリーバ

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します

処方医コメント

- 前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設：

TEL \_\_\_\_\_ , Fax \_\_\_\_\_

処方施設ID： \_\_\_\_\_

依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名：喘息 COPD 気管支炎

区分：初回指導 再指導

患者氏名： \_\_\_\_\_

処方医： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 吸入薬が処方された方へ \*\*\*\*\*

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（レスピマット）

| 評価は○・△・×                     | 評価 |
|------------------------------|----|
| ①用法・用量が言える                   |    |
| ②残数を確認できる                    |    |
| ③吸入口を上にして持つ                  |    |
| ④透明ケースをカチッと音がするまで右に180度回転させる |    |
| ⑤キャップを開ける                    |    |
| ⑥吸入前に息吐きをする                  |    |
| ⑦吸入口をくわえる                    |    |
| ⑧ボタンを押すと同時にゆっくり深く吸入          |    |
| ⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め            |    |
| ⑩ゆっくり息を吐く                    |    |
| ⑪キャップを閉めて④～⑩を繰り返す            |    |
| ⑫キャップをしめて保管                  |    |
| ⑬うがいをする                      |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

Fax： \_\_\_\_\_

指導者： \_\_\_\_\_

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導依頼書（エリプタ）

テリルジー レルベア アニュイティ アノーロ エンクラッセ

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント

- 前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設：

TEL：

Fax：

処方施設ID： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名：喘息 COPD 気管支炎

区分：初回指導 再指導

処方医： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（エリプタ）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

| 評価は○・△・×             | 評価 |
|----------------------|----|
| ①用法・用量が言える           |    |
| ②残数を確認できる            |    |
| ③カバーを上にして保持する        |    |
| ④カバーをカチッと音がするまであける   |    |
| ⑤無理をしない程度に息吐きをする     |    |
| ⑥吸気孔を塞がないように吸入口をくわえる |    |
| ⑦強く深く吸入する            |    |
| ⑧口を閉じて3～5秒間息止め       |    |
| ⑨ゆっくり息を吐く            |    |
| ⑩キャップをしめて保管          |    |
| ⑪うがいをする              |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名：

TEL：

Fax：

指導者：

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導依頼書（タービュヘイラー）

シムビコート（ジェネリックを含む）  パルミコート  オーキシス

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント SMART療法 あり・なし  
 前回エラーあり  
 症状悪化あり  
 定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_ 診断名：  喘息  COPD  気管支炎  
処方施設ID： \_\_\_\_\_ 区分：  初回指導  再指導  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（タービュヘイラー）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

| 評価は○・△・×            | 評価 |
|---------------------|----|
| ①用法・用量が言える          |    |
| ②残数を確認できる           |    |
| ③キャップを外し吸入口を上で垂直に保持 |    |
| ④グリップを反時計回りにクルッと回転  |    |
| ⑤グリップを時計回りにカチッと回転   |    |
| ⑥無理をしない程度に息吐きをする    |    |
| ⑥吸入口をくわえて強く深く吸入する   |    |
| ⑦口を閉じて3～5秒間息止め      |    |
| ⑧ゆっくり息を吐く           |    |
| ⑨ ④～⑧を指示回数繰り返す      |    |
| ⑩キャップをしめて保管         |    |
| ⑪うがいをする             |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

Fax： \_\_\_\_\_

指導者： \_\_\_\_\_

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
 以下の点に不安あり  
 吸入不可、処方変更必要



# 吸入指導依頼書（ブリーズヘラー）

エナジア  アテキュラ  ウルティブロ  オンブレス  シーブリ

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント  
 前回エラーあり  
 症状悪化あり  
 定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_ 診断名：  喘息  COPD  気管支炎  
処方施設ID： \_\_\_\_\_ 区分：  初回指導  再指導  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

## 吸入指導報告書（ブリーズヘラー）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

| 評価は○・△・×         | 評価 |
|------------------|----|
| ①用法・用量が言える       |    |
| ②キャップを外す         |    |
| ③シートからカプセルを取り出す  |    |
| ④カプセルをセット        |    |
| ⑤左右のボタンを1回押す     |    |
| ⑥無理をしない程度に息吐きをする |    |
| ⑥吸入口をくわえて深く吸入する  |    |
| ⑦口を閉じて3～5秒間息止め   |    |
| ⑧ゆっくり息を吐く        |    |
| ⑨カプセルを手で触れずに廃棄   |    |
| ⑩キャップをしめて保管      |    |
| ⑪うがいをする          |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
薬局名： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_  
指導者： \_\_\_\_\_

### 報告・コメント

問題なく吸入できます  
 以下の点に不安あり  
 吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導依頼書（ディスカス）

アドエア フルタイド  
セレベント

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します。

処方医コメント  
前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設：

TEL：

Fax：

処方施設ID： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名： 喘息 COPD 気管支炎

区分： 初回指導 再指導

処方医： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書（ディスカス）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

| 評価は○・△・×            | 評価 |
|---------------------|----|
| ①用法・用量が言える          |    |
| ②残数を確認できる           |    |
| ③残数カウンターを上にして水平に保持  |    |
| ④カバーをカチッと音がするまであける  |    |
| ⑤レバーをカチッと音がするまで押し込む |    |
| ⑥無理をしない程度に息吐きをする    |    |
| ⑦吸入口を下向きにしないようにくわえる |    |
| ⑦強く深く吸入する           |    |
| ⑧口を閉じて3～5秒間息止め      |    |
| ⑨ゆっくり息を吐く           |    |
| ⑩キャップをしめて保管         |    |
| ⑪うがいをする             |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名：

TEL：

Fax：

指導者：

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導依頼書 (pMDI)

メプチン サルタノール フルティフォーム アドエア フルタイド  
オルベスコ キューバル ビレーズトリ ビベスピ その他

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します

処方医コメント  
前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎  
区分： 初回指導 再指導  
処方施設ID： \_\_\_\_\_  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

# 吸入指導報告書 (pMDI)

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

| 評価は○・△・×                             | 評価 |
|--------------------------------------|----|
| ①用法・用量が言える                           |    |
| ②残数を確認できる                            |    |
| ③ポンベの底を上にして持つ                        |    |
| ④キャップをあける                            |    |
| ⑤ポンベを数回振る                            |    |
| ⑥吸入前に息吐きをする                          |    |
| ⑦容器を口元にセット（歯で容器を噛む、または口元から4cm程離して保持） |    |
| ⑧ポンベを押すと同時にゆっくり深く吸入                  |    |
| ⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め                    |    |
| ⑩ゆっくり息を吐く                            |    |
| ⑪複数回吸入する場合⑤～⑨を繰り返す                   |    |
| ⑫キャップをしめて保管                          |    |
| ⑬うがいをする                              |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
薬局名： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_  
指導者： \_\_\_\_\_

## 報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要

# 吸入指導報告書（レスピマット）

スピオルト スピリーバ

用法用量は処方箋の通り  
吸入指導を依頼します

処方医コメント

- 前回エラーあり  
症状悪化あり  
定期吸入指導

処方施設： \_\_\_\_\_ 依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
TEL： \_\_\_\_\_  
Fax： \_\_\_\_\_ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎  
区分： 初回指導 再指導  
処方施設ID： \_\_\_\_\_  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 処方医： \_\_\_\_\_

## 吸入指導報告書（レスピマット）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

| 評価は○・△・×                     | 評価 |
|------------------------------|----|
| ①用法・用量が言える                   |    |
| ②残数を確認できる                    |    |
| ③吸入口を上にして持つ                  |    |
| ④透明ケースをカチッと音がするまで右に180度回転させる |    |
| ⑤キャップを開ける                    |    |
| ⑥吸入前に息吐きをする                  |    |
| ⑦吸入口をくわえる                    |    |
| ⑧ボタンを押すと同時にゆっくり深く吸入          |    |
| ⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め            |    |
| ⑩ゆっくり息を吐く                    |    |
| ⑪キャップを閉めて④～⑩を繰り返す            |    |
| ⑫キャップをしめて保管                  |    |
| ⑬うがいをする                      |    |

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

Fax： \_\_\_\_\_

指導者： \_\_\_\_\_

報告・コメント

- 問題なく吸入できます  
以下の点に不安あり  
吸入不可、処方変更必要