

吸入指導評価表

初版2018年8月

患者ID
患者氏名
生年月日

指導日： 年 月 日
☐ 初回指導 ☐ 再指導 (回目)

【総合評価】 ※吸入療法の継続が直ちに困難と判断した場合は、この書式で報告とせず直接報告してください。

選択してください▼

デバイスによる手技の問題 ☐ 無 ☐ 有

有の場合⇒

デバイスの変更提案 ☐ 無 ☐ 有(下記参照)

【薬剤師より医師へ】特記すべきこと / 総合評価理由 / 依頼内容-その他に関する報告 等

服薬情報等の添付 ☐ 無 ☐ 有

結果報告 * 依頼内容の☑にある項目の回答を記入してください

【アドヒアランス評価】

薬品1: 薬品2: 薬品3:

＜薬の理解＞(○・△・×から選択)

説明/評価点	薬品1	薬品2	薬品3
内容			
薬品名が言える			
薬効(薬の役割)がわかる			
用法がわかる			
用量がわかる			
うがいの必要性を理解している			
保管方法を理解している			

＜吸入手技＞(○・△・×から選択)

薬品名	薬品1	薬品2	薬品3
手順	☐ 新規 ☐ 継続	☐ 新規 ☐ 継続	☐ 新規 ☐ 継続
① 薬の準備			
② 息吐き			
③ 吸入			
④ 息止め			
⑤ 後片付け			
⑥ うがい			

【緊急薬の使用タイミングの評価】

☐ 理解できている ☐ 理解できていない (備考:)

【医師への照会・連絡事項】 * 該当する項目がある場合は、□にチェックし記入してください

☐ 同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を開始

☐ 副作用の発現 緊急性の高いものは、この書式で報告とせず直接報告してください。

☐ 無 ☐ 有 (内容:)

☐ 併用薬剤等(OTC・サプリメントを含む、柏崎総合医療センター処方以外)

薬局名: 担当薬剤師:

メール送付先 柏崎総合医療センター kyunyu@kashiwazaki-ghmc.jp

☆吸入指導依頼書を受けた翌営業日を目安に送信をお願いします。