



吸入指導報告書

保険薬局 → 薬剤科 → 担当医

主治医	科	保険薬局 名称
	先生 御机下	所在地
処方日 年 月 日		電話番号
患者ID		FAX番号
患者氏名	様	担当薬剤師 印

この情報を伝えることに対して患者様の同意を得ました。

患者様は主治医への報告は拒否されましたが、治療上重要だと思われるので報告致します。

お世話になっております。

処方箋に基づき、吸入指導を実施させていただきました。

下記の通りご報告させていただきますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【報告内容】 初回報告 回目報告 その他 ()

	初回指導 (/)	回目指導 (/)
薬剤の効能の理解	○ △ ×	○ △ ×
用法の理解	○ △ ×	○ △ ×
デバイスの理解度	○ △ ×	○ △ ×
吸入時の「息は吐き」の適切さ	○ △ ×	○ △ ×
吸入中の「速さ」と「深さ」具合	○ △ ×	○ △ ×
吸入後の「息止め、息吐き」具合	○ △ ×	○ △ ×
うがい励行	○ △ ×	○ △ ×
薬剤残量の確認	○ △ ×	○ △ ×
実施吸入器	薬剤 ・ 練習用	薬剤 ・ 練習用
実施後の症状		改善 ・ 不変 ・ 悪化
実施後の副作用		無 ・ 有 ()

○：良好 △：再評価が必要 ×：問題あり

【評価内容】

- 問題なく吸入可能
- 操作・手技などに不安や問題あり、今後も継続指導が必要。
- 操作に介助があれば吸入可能
- デバイス専用の補助具 () を付ける。
- デバイスの変更があれば、よりよい吸入が可能

推奨デバイス

推奨理由

- そのほか

次回、3ヶ月後または処方変更時にご報告させていただきます。