

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人
・
その他

本人
・
その他

本人
・
その他

本人
・
その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	日付	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名:		デバイス: ディスカス	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	キャップを開けて吸入口を正しく出せる					
	吸入器を水平に持っている					
	レバーをカチッと音がするまで押している					
吸入 動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している					
	深く早く吸いこんでいる					
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています					
	ゆっくり息を吐き出している					
セット 操作	使用後カチリと音がするところまで回し戻してカバーを閉じている					
注意 事項	吸入後うがいができる					
	吸入前に残薬の回数を確認できる					
	うがいの重要性・方法を理解している					
	デバイスの廃棄方法を理解している					
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している					
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無					

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時にお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン					
指導・確認対象者		本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	日付	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: _____		デバイス: タービュハイラー		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	キャップを回して外し、吸入口を正しく出せる						
	吸入器をまっすぐに立てて持っている						
	回転グリップを右へ「クルッ」と回し、左へ「カチッ」と戻す						
吸入 動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している (吸入口に息をふきかけない)						
	深く早く吸いこんでいる						
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています						
	ゆっくり息を吐き出している						
セット 操作	使用后、キャップを閉める						
注意 事項	吸入後うがいができる						
	吸入前に残薬の回数が確認できる						
	うがいの重要性・方法を理解している						
	デバイスの廃棄方法を理解している						
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している						
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無						

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時をお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	日付	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名:	デバイス: ツイストヘラー	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	きちんとキャップが閉まっている。				
	垂直に吸入器を持っている。				
	キャップを回し外して吸入口を正しく出せる				
吸入 動作	空気取り入れ口を手でふさいでいない				
	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している				
	深く早く吸いこんでいる				
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています				
	ゆっくり息を吐き出している				
セット 操作	使用後カチリと音がするところまでキャップ回し戻して閉じている				
注意 事項	吸入後うがいができる				
	吸入前に残葉の回数が確認できる (終了したらキャップは開かない)				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの廃棄方法を理解している				
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している				
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない	/			
残薬確認	/			
発作・増悪時の対応について理解している	/			
薬剤名が言える	/			
用法・用量を理解し正確に実行している	/			
薬剤の重要性を理解している	/			

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時にお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン				
指導・確認対象者	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
日付	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: (_____) ※定量噴霧式吸入器 (MDI) ※	初回	2回目	3ヶ月後	4回目	
セット 操作	吸入口のキャップ (ふた) を外している				
	2回試し噴霧している (一週間以上使用しなかったときのみ)				
	吸入薬の噴霧数を理解している (処方内容の確認)				
	アルミ缶の底が上になるように持っている				
	吸入薬をしっかりと振っている				
吸入 動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している				
	舌を下げ、のどを広げる必要性を理解できる				
	※息を止めたまま、吸入口を軽く歯でくわえ、唇で覆っている (クローズドマウス法)				
	※※口を開け、吸入口を口から3cm離して構えている (オープンマウス法)				
	吸入と同時に噴霧している				
	薬をゆっくりと吸入できている				
	吸入後、5秒間息を止めている				
ゆっくりと鼻から息を吐き出している					

吸入 後 確 認	複数回吸入する場合は1回の噴霧ごとに1回ずつ吸入している (複数回まとめて吸入していない)				
	吸入後にうがいができ、うがいの理由を理解している				
	残薬の回数が確認できる				
	デバイス再検討(変更)の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目(定期・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない	/			
残薬確認	/			
発作・増悪時の対応について理解している	/			
薬剤名が言える	/			
用法・用量を理解し正確に実行している	/			
薬剤の重要性を理解している	/			

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

(FAX返信は17時~翌8時にお願いいたします)

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号: _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

日付	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: (

) ※定量噴霧式吸入器 (MDI) ※

※+スパーサー (チャンバー) ※

初回	2回目	3ヶ月後	4回目
----	-----	------	-----

セット 操作	吸入口のキャップ (ふた) を外している				
	2回試し噴霧している (一週間以上使用しなかったときのみ)				
	吸入薬の噴霧数を理解している (処方内容の確認)				
	吸入薬をしっかりと振っている				
	アルミ缶の底が上になるようにスパーサーと接続している				
吸入 動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している				
	舌を下げ、のどを広げる必要性を理解できる				
	息を止めたまま、スパーサーの吸入口を軽く歯でくわえ、唇で覆っている				
	スパーサー内に薬を噴霧できている				
	薬をゆっくりと吸入できている				
	吸入後、5秒間息を止めている				
ゆっくりと鼻から息を吐き出している					

吸入後 確認	複数回吸入する場合は1回の噴霧ごとに1回ずつ吸入している (複数回まとめて吸入していない)				
	吸入後にうがいができ、うがいの理由を理解している				
	残薬の回数が確認できる				
	スパーサーの洗浄方法を理解している				
	デバイス再検討(変更)の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目(定期・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない	/			
残薬確認	/			
発作・増悪時の対応について理解している	/			
薬剤名が言える	/			
用法・用量を理解し正確に実行している	/			
薬剤の重要性を理解している	/			

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

(FAX返信は17時~翌8時をお願いいたします)

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
日付	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名:	デバイス: レスピマット	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	キャップを閉じた状態で操作している				
	透明ケースを外し、カートリッジを固い平面で最後まで押し込む				
	カートリッジを挿入する前に透明ケースを回転させない				
テスト 噴霧	キャップを閉じた状態で、透明ケースをカチッと音がするまで右に回す				
	キャップを開け、下に向けた状態で噴霧ボタンを押している				
	透明ケースを回転させる際は必ずキャップをしている				
吸入 動作	テスト噴霧を合計4回している				
	キャップを閉じた状態で、透明ケースをカチッと音がするまで右に回す				
	キャップを完全に開け、息をゆっくり最後まで吐き出す				
	マウスピースをくわえ、息をゆっくり吸いながら、噴霧ボタンを押す				
	薬剤をゆっくり深く吸い込む (呼吸同調ができています)				
	吸入直後に10秒程度息止めをしている				
1回に2吸入行う (1噴霧ごとに吸入)					

注意事項	吸入前に残薬の回数を確認できる				
	テスト噴霧の必要性を理解している				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの手入れができる (週1回マウスピースを拭きとる、水洗い不可)				
	デバイスの廃棄方法を理解している (ガスは入っていないので、カートリッジ装着したまま廃棄)				
	デバイス再検討(変更)の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目(定期・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない	/			
残薬確認	/			
発作・増悪時の対応について理解している	/			
薬剤名が言える	/			
用法・用量を理解し正確に実行している	/			
薬剤の重要性を理解している	/			

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

(FAX返信は17時~翌8時にお願いいたします)

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	日付	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: _____

デバイス: クリックヘラー

		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	キャップをはずして吸入口を正しく出せる				
	青色の押しボタンが上になるように吸入器を持っている				
	そのまま上下に3~4回振っている				
	青色の押しボタンを「カチッ」と音がして止まるまで押し下げている				
	指の力をぬいて、ボタンをもとの状態に戻している				
吸入 動作	吸入前に息を吐き出している (吸入口に息を吹き込まない)				
	マウスピースと唇の間に隙間ができないようにマウスピースをくわえている				
	早く深く息を吸いこんでいる				
	吸入後にマウスピースを口から離し口を閉じて5秒程度の息止めができています				
	ゆっくり息を吐き出している				
セット 操作	ティッシュペーパーなどで拭いた後、キャップを付けている				

注意事項	2吸入するときは1分程度間をあけている				
	吸入前に残薬の回数が確認できる (カウンター表示の数字の意味がわかる)				
	吸入後うがいができている				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの廃棄方法を理解している				
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している (水洗い不可、専用保管容器)				
	デバイス再検討(変更)の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目(定期・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

(FAX返信は17時～翌8時にお願いいたします)

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人・その他	本人・その他	本人・その他	本人・その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
日付	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: _____

デバイス: ディスクヘラー

		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	カバーをはずしてディスクを正しく吸入器に取り付けられる				
	背筋を伸ばして吸入器を水平に持っている				
	ディスクに穴をあけ (ふたを立て) て、ふたを元に戻して吸入できる状態にできる				
吸入動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している				
	深く早く吸いこんでいる				
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています				
	ゆっくり (鼻から) 息を吐き出している				
セット操作	使用後トレーを動かなくなるまで引き出し、再び押し戻すことができる。カバーをつけることができる				

注意事項	吸入後うがいができている				
	吸入前に残薬の回数を確認できる				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの廃棄方法を理解している				
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している				
	デバイス再検討（変更）の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時にお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	日付	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: _____

デバイス: ハンディハラー

		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	器具のキャップと吸入口を開けることができる				
	必要なカプセルのみを取り出すことができる				
	カプセルの装着ができています				
	緑のボタンを確実に1回押したあとに離すことが出来ている				
吸入 動作	吸入前に吸入口を咥えない状態で軽く息を吐き出せている				
	「深呼吸するように」深く息が吸えている				
	カプセルの音が聞こえている(震えを感じている)				
	5秒程度の息止め後にゆっくりと息を吐き出せている				
	上記の吸入動作を繰り返し実施できている				
吸入 後	吸入後のうがいができる(うがいを行う理由が説明できる)				
	カプセルに触れずに破棄をすることができている				
管理	保管方法を理解できている				
	清掃方法を理解できている				
	廃棄方法を理解できている				
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時にお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン _____

指導・確認対象者 _____

本人・その他	本人・その他	本人・その他	本人・その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
日付	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: _____

デバイス: スイングヘラー

		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット操作	キャップを開けて吸入口を正しく出せる				
	水平と表示してある面を上にして水平に持っている 【重要!】				
	青のボタンをカチッと音がするまで押したあとに離すことが出来ている				
吸入動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している (吸入口に息をふきかけない)				
	深く早く吸いこんでいる				
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています				
	ゆっくり息を吐き出している				
セット操作	使用后、キャップを閉める				
注意事項	吸入後うがいができる				
	吸入前に残薬の回数が確認できる				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの廃棄方法を理解している				
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している				
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない	/			
残薬確認	/			
発作・増悪時の対応について理解している	/			
薬剤名が言える	/			
用法・用量を理解し正確に実行している	/			
薬剤の重要性を理解している	/			
薬剤情報等提供料の算定の有無				

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時にお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名: _____

電話番号 _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
	日付	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名: _____ デバイス: プリーズヘラー		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	キャップをはずし吸入口を開けることができる				
	必要なカプセルを取り出すことができる				
	カプセルを入れ、吸入口をカチッと音がするまでしっかり閉めることができる				
	吸入口を上向きにして両側のボタンを1回押し、吸入できる状態にできる				
吸入 動作	吸入前に吸入口を咥えない状態で軽く息を吐き出せている				
	「深呼吸するように」深く息が吸えている				
	カプセルの音が聞こえている (震えを感じている)				
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができる				
	ゆっくり息を吐き出している				
	上記の吸入動作を繰り返し実施できている (吸入量による)				
吸入 後	吸入後のうがいができる (うがいを行う理由が説明できる)				
	吸入口を開け、使い終わったカプセルを捨てることができる				
管理	保管方法を理解できている				
	清掃方法を理解できている				
	廃棄方法を理解できている				
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 **直通・FAX番号 045(366)8457**

〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時をお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**

吸入指導実施確認・報告書

患者名 (ID):

担当医名:

施設名: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

薬局名

電話番号

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他	本人 ・ その他

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
日付	/	/	/	/
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者の習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヶ月後・必要時)

薬剤名:

デバイス: エリプタ

		初回	2回目	3ヶ月後	4回目
セット 操作	キャップをカチッ音がするまで開けて吸入口を正しく出せる				
吸入動 作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している				
	深く早く吸いこんでいる				
	吸入後に口を閉じて5秒程度の息止めができています				
	ゆっくり息を吐き出している				
セット 操作	使用後カチリと音がするところまで回し戻してカバーを閉じている				

注意事項	吸入後うがいができている				
	吸入前に残薬の回数が確認できる				
	うがいの重要性・方法を理解している				
	デバイスの廃棄方法を理解している				
	デバイスのお手入れ・保管方法を理解している				
	デバイス再検討（変更）の必要の有無				

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目（定期・必要時）

	初回	2回目	3ヶ月後	4回目
副作用が出ていない				
残薬確認				
発作・増悪時の対応について理解している				
薬剤名が言える				
用法・用量を理解し正確に実行している				
薬剤の重要性を理解している				

薬剤情報等提供料の算定の有無				
----------------	--	--	--	--

備考欄：

* この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡ください。
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科 直通・FAX番号 045(366)8457
 〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

（FAX返信は17時～翌8時をお願いいたします）

*** 毎回指導毎に上記番号まで両面ともFAXにて返信をお願い致します。**