

【吸入指導評価表（汎用）】

薬剤師 → 医師

問合せ先 吹田市薬剤師会 (Tel. 06-6386-8931) 2014.5 改訂

薬局名 _____

店名 _____

TEL _____ FAX _____

医療機関名 _____

担当医師 _____ 御侍史

患者名 _____ 年齢 _____ 才 性別 男 ・ 女

____ 回目 ・ ____ ヶ月後 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (印)

① 病状確認

調子が良くなった 調子が悪くなった 変わりなし その他 ()

※ 下記②の「____ 回目・ ____ ヶ月後の吸入指導の評価」は、最低限 (★) マークの付いている3項目は必ず評価してください

② ____ 回目・ ____ ヶ月後の吸入指導の評価【吸入指導前にチェックしてください】

※できる…◎/まあまあできる…○/できない…△の3段階評価

項目	薬剤名									
★ デバイスの操作		◎	○	△	◎	○	△	◎	○	△
吸入前の息吐き		◎	○	△	◎	○	△	◎	○	△
吸入する		◎	○	△	◎	○	△	◎	○	△
吸入後の息止めと息吐き		◎	○	△	◎	○	△	◎	○	△
★ うがい		◎	○	△	◎	○	△	◎	○	△
吸入器の管理 (残数管理を含む)		◎	○	△	◎	○	△	◎	○	△
継続 (再) 指導の必要性		必要	不要		必要	不要		必要	不要	

知識の評価	理解度	服薬アドヒアランスの評価	
使用薬剤の名前と用法用量が言える	◎ ○ △	吸入薬を処方どおり服用している	○ 良好 △ 週 ____ 回忘れる × 使用していない
コントロール薬と発作時の薬の使い分け	◎ ○ △		発作の回数 (過去1ヶ月間)
★ 副作用についての理解	◎ ○ △	SABA 使用回数 (過去1ヶ月間)	回

副作用出現 → 口内炎 嘔声 尿閉 口渇 動悸 振戦 (その他)

③ ____ 回目・ ____ ヶ月後の吸入指導

本人に指導した 本人来局せず指導ができなかった 本人以外に説明した その他 ()

項目	薬剤名						
吸入指導をしましたか?		指導済	指導未	指導済	指導未	指導済	指導未

練習器/実薬で指導 (確認) した 口頭で指導 (確認) した その他 ()

スパースー使用 併用禁忌薬剤 () 吸入困難です (他剤への変更をご考慮下さい)

備考