

# 【吸入指導評価表】 薬剤師 → 医師

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

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_ 御侍史

患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 男・女

薬局名 \_\_\_\_\_  
 店名 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

1回目 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (印)

## ① 1回目の吸入指導

- 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					
	指導済	指導未	指導済	指導未	指導済	指導未
吸入指導をしましたか?						
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した	<input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した		<input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕			
<input type="checkbox"/> スパースー使用	<input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤〔 _____ 〕		<input type="checkbox"/> <b>吸入困難です</b> (他剤への変更をご考慮下さい)			
発作の回数(過去1ヶ月間)	_____ 回		SABA使用回数(過去1ヶ月間)		_____ 回	

<備考>

2回目 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「1回目の吸入指導の評価」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 1回目の吸入指導の評価【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		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)	_____ 回	
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 →  □内炎  □ 嘔声  □ 尿閉  □ 口渇  □ 動悸  □ 振戦〔その他 \_\_\_\_\_ 〕

## ③ 2回目の吸入指導

- 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					
	指導済	指導未	指導済	指導未	指導済	指導未
吸入指導をしましたか?						
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した	<input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した		<input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕			
<input type="checkbox"/> スパースー使用	<input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤〔 _____ 〕		<input type="checkbox"/> <b>吸入困難です</b> (他剤への変更をご考慮下さい)			

<備考>