

吸入指導報告書

年 月 日

情報提供先医療機関名:

担当医: 先生

情報提供元 保険薬局の所在地及び名称:

電 話:

(FAX):

保険薬剤師氏名:

処方箋 ID :

患者氏名 : 様

性 別 : (男 女)

生年月日 : 年 月 日 (年齢 歳)

処方せん発行日

調剤日

☐初回 ☐再指導 ☐処方薬変更

《処方された吸入薬品名》

《吸入チェック項目》 ○・△・×のいずれかに✓をつける

	○	△	×
1. デバイスの準備ができる。	☐	☐	☐
2. 予備呼出ができる。	☐	☐	☐
3. 吸入が正しくできる。	☐	☐	☐
4. 息とめができる	☐	☐	☐
5. ゆっくり息をはき出すことができる。	☐	☐	☐
6. 吸入後のうがいを理解できている。	☐	☐	☐
7. デバイスの片付けができる。	☐	☐	☐

《総評》 該当番号に○をつける、課題・問題点などを記入。

1. 問題なく、上手にできました

2. 大体できていますが、課題があります
具体的には、

3. 課題が多く、自宅で吸入できるか心配です
具体的には、

その他特記すべき事項