**吸入指導実施確認・報告書 （薬剤師→医師）**

　患者名 薬局名

（患者ID） TEL

**この用紙で指導記録を行うデバイスに✔を入れる。（1用紙1デバイスごと）**

**□ ディスカス □ エリプタ　　　□ タービュヘイラー □ レスピマット**

**□ pMDIのみ　　 　□ ブリーズヘラー □ ロタディスク**

**□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**担当薬剤師サイン**

**初回　　　　 2回目　　　　 　 3回目　　　 　　4回目**

**日付　　　　　　（　　/　　）　 （　　/　　）　　 （　　/　　） 　　（　　/　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **薬剤名：** | **□左に同じ □変更****（　　　　　　 ）** | **□左に同じ □変更****（　　　　　　 ）** | **□左に同じ □変更****（　　　　　　 ）** |
| **1.　薬剤名と用法の把握** |  |  |  |  |
| **2.　カウンターの確認** |  |  |  |  |
| **3.　デバイスの操作** |  |  |  |  |
| **4.　吸入前の息吐き** |  |  |  |  |
| **5.　吸入の深さと速さ** |  |  |  |  |
| **6.　吸入後の息止め** |  |  |  |  |
| **7.　ゆっくり息吐き** |  |  |  |  |
| **8.　うがい** |  |  |  |  |

初回は説明・指導後✔を記入する。2回目以降は、○×の評価をし、その後に指導を行ってください。

〇：できる 　×：確認必要・できない等

|  |
| --- |
| **（薬剤師⇒担当医連絡欄）副作用情報や服薬状況など積極的なご連絡・ご提案をお願いいたします。** |
| **初回** |
| **2回目** |
| **3回目** |
| **4回目** |

札幌東徳洲会病院　薬剤部　FAX　011（722）1141