

吸入指導報告書

医療機関名: _____ 処方日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方医名: _____ 指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 指導回数: _____ 回目

患者ID: _____ 患者氏名: _____ 性別: 男 ・ 女

前回指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳

【薬剤理解度&手技評価】	薬品名:		薬品名:	
	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続
理解度評価項目	評価	「×」の場合のコメント	評価	「×」の場合のコメント
薬品名が言える	○ ×		○ ×	
薬効(薬の役割)がわかる	○ ×		○ ×	
用法・用量がわかる	○ ×		○ ×	
保存方法を理解している	○ ×		○ ×	
手技評価項目	評価	「×」の場合のコメント	評価	「×」の場合のコメント
薬の準備	○ ×		○ ×	
息吐き(吸入前)	○ ×		○ ×	
吸入	○ ×		○ ×	
息止め	○ ×		○ ×	
息吐き(吸入後)	○ ×		○ ×	
後片付け	○ ×		○ ×	
うがい	○ ×		○ ×	

【医師への連絡事項】

- 同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を開始しました。
- 本剤型は、うまく使用できませんので、疑義照会をしてデバイスを変更しました。
- 吸入そのものに問題があります。貼付剤または経口剤への剤形変更を考慮してください。
- 副作用とみられる症状があります(口渇 口腔内違和感 頻尿 嘔声 その他(_____))
- 薬剤師⇒医師へ / 特記すべき事項

(_____)

保険薬局名: _____ (TEL: _____ FAX: _____)

担当薬剤師名: _____ 【マエストロ資格 あり なし】