

吸入指導報告書

報告日 年 月 日

病院/診療所名

科 先生御侍史

薬局名： _____

薬局TEL： _____

薬剤師名： _____

患者ID： _____

氏名： _____

指導日 年 月 日

処方箋発行日 年 月 日

初回・継続（ 回目）指導

指導を受けた方

*初回指導⇒初めて処方された薬剤を指導した時

ご本人 ご家族 介護関係者 その他（ ）

【薬剤理解評価】 [○ できる ・ △ 確認が必要 ・ × できない]

- () 薬品名が言える () うがいの必要性の理解
() 薬の役割がわかる () 保管方法の理解
() 用法・用量がわかる

【吸入手技評価】 [○ できる ・ △ 確認が必要 ・ × できない]

手順	薬剤名①	薬剤名②	薬剤名③
① 準備			
② 息吐き			
③ 吸入			
④ 息止め			
⑤ 息吐き			
⑥ うがい			
⑦ 後片付け			
補助具の使用			
指導方法 (該当する項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 手順書 <input type="checkbox"/> 手順書 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> デモ機 <input type="checkbox"/> 動画 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者による実地		

【医師への連絡事項】

該当する項目にチェックを入れて詳細を記載してください

- 指導の結果：問題なし
 吸入手技に問題あるが指導で対応可能
 吸入手技に問題あるため別製剤に変更を推奨（問題となる手技 ）
推奨する別製剤（ ）
 副作用症状【有・無】
 腔内異常（あれ・カンジダ症・味覚症状）・ 渴・声がれ・振戦・動悸・排尿障害
その他（ ）

【薬剤師から医師へ】（特記事項など）

*保険薬局の先生方へ ご記入いただきましたら下記番号までFAX送信をお願いします。
【こうかんクリニック薬剤科 FAX： 044 - 366 - 8909 】