

# 吸入指導報告書 (エアゾール)

年 月 日

患者氏名 : \_\_\_\_\_

担当薬局 : \_\_\_\_\_ 担当薬剤師名 : \_\_\_\_\_

## 指導を受けた方

ご本人 ご家族 その他

## チェックリスト (原則として、患者に実際に使用してもらって判断してください)

- 薬の準備 使い始め、数日使わなかったときは試し噴霧を数回行う。  
カウンターで残量を確認できる。  
キャップを外し、吸入器を振り、薬剤と噴霧ガスを均一にすることができる。  
吸入器の向きを正しく持てる (吸入口が下に、常に垂直に持つ)。

- 吸入 吸入前の息吐きができる。  
クローズドマウス法で行うときは、歯で軽く吸入口をくわえる。  
ポンベを押すと同時のタイミングで吸入を行える。  
3秒以上かけて吸い込める。  
5秒間の息止めができる。  
吸入後の息吐きができる。

- 片付け 吸入口をふき取る。  
使用後はキャップを閉める。

- うがい うがいができる。(実演・口頭注意) どちらかに○をつけてください  
うがいの必要性を理解している。

- 残薬確認 次回受診日に吸入薬のデバイスを持参するように説明する。

## 使用中または今回使用を追加した補助器具にチェック☑して下さい。

- スパーサー 噴霧補助器具 練習用プラセボ吸入器  
マウスピース 拡大レンズ 確認シール 残量計

このデバイスを使用した治療は継続可能ですか。 可能 不可

⇒不可理由 (デバイス変更は電話にて疑義照会してください。)

・特記事項 (指導が実施できなかった場合など、トラブルや不備があればそちらも記載して下さい。)