

吸入指導報告書 (ツイストヘラー)

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 目盛りで残量を確認できる。
吸入器をまっすぐ立てて持つことができる。
キャップをカチッと音がするまで左に回すことができる。
上に引くようにしてキャップを外す (薬剤を充填する) ことができる。

- 吸入 吸入前の息吐きができる。
吸入口をくわえ、2秒以上かけてゆっくり吸い込むことができる。
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 キャップを閉める前に吸入口をふき取る。
キャップポインターと矢印を重ねる様にキャップをすることができる。
カチッと音がするまで、少し力を入れ押しながら右にキャップを回すことができる。
キャップポインターとカウンターとの位置が合っている。

- 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。

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。)