

吸入指導報告書 (ロタディスク)

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 カバーを外す。

目盛りで残量を確認できる。

緑フタを垂直になるまで立て、再び閉じる。

吸入 吸入前の息吐きができる。

吸入口をくわえ、深く息を吸い込む。

吸入口をくわえる時に、口で通気口を塞いでいない。

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。

使用後はディスクを回転させ、残回数を表示してからキャップを閉める。

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。

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こちらも記載して下さい。)