

吸入指導報告書 (タービュハイラー)

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 キャップを回して外すことができる。
 カウンターで残量を確認できる。
 吸入器をまっすぐに立て、回転グリップ部分だけを持ち右方向に止まるまで回すことができる。
 その後左方向にカチッと音が鳴るまで回すことができる。

吸入 持っているときに通気口を塞いでいない。
 吸入前の息吐きができる。
 ホイッスルが鳴る。(吸入に必要な吸気流速がある。)
 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。
 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。

練習用プラセボ吸入器 タービュスター (笛) 専用グリップサポーター
 吸入確認用ハンカチ

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。)