

# 吸入指導報告書 (ブリーズヘラー)

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  キャップと吸入口を開け、カプセルを穴に横向きに入れられる。

吸入口をカチッと音がするまで閉める。

両側のボタンを強く1回のみ押して、離す。

両側のボタンが左右を向くようにして持つ。

吸入  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。)

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。

使用後は中のカプセルを手で触らずに捨てた後、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そちらも記載して下さい。)