

吸入指導報告書 (ハンディヘラー)

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、カプセルを穴に入れられる。

吸入口をカチッと音がするまで閉める。

緑のボタンを強く1回のみ押して、離す。

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。(カプセルの震える音や感覚がある。)

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O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。)