

吸入指導報告書 (スイングヘラー)

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 キャップを開け固定し、カウンターで残量を確認できる。
押しボタンをカチッと音がして止まるまで押すことができる。
押しボタンから指を離している。

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。)
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。
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。

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 練習用ホイッスル(笛) 専用マウスピースカバー
吸入確認用クロス

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。)