

吸入チェックリスト(共通)

指導日: 年 月 日

薬剤師:

吸入手技チェック項目	評価
① 吸入器の持ち方に問題はない	
② 吸入前に苦しならない程度に息を吐き出している	
③ 薬剤を吸い込む速さに、タイミングに問題ない	
④ 吸入後に口を閉じて5秒程度息止めができています	
⑤ 吸入後にガラガラ、ブクブクうがいをし、吐き出している	

吸入薬の使用方法は、添付されている説明書をご参照下さい。

●薬剤師からのアドバイス●

..... (きりとり)

●保険薬局の皆様●

吸入チェックリストを用いた吸入手技指導にご協力よろしくお願ひいたします。

以下の手順で指導いただきますようよろしくお願ひします。

- ① 患者よりチェックリストを受け取った後、各項目の評価、指導を行ってください。
- ② 評価の記載方法は、習得済みを「○」、未修得を「空欄」としてください。
- ③ 指導終了後、アドバイスを記載してください。
- ④ きりとり線より上部を切り離し、お薬手帳に貼付してください。
- ⑤ 医師への報告を下欄に記載し、下記連絡先までFAXを送信してください。

(例: 今回の指導内容や手技の習得状況、処方変更の提案など)

ご不明な点は、下越病院薬剤課までお問い合わせください。

●保険薬局 ⇒ 主治医●

患者氏名:

ID:

担当薬剤師:

受付薬局名:

評価が○にならなかった項目番号 ⇒

下越病院 薬剤課 TEL: (0250) 22-4711 (代表)

FAX: (0250) 22-4760 (薬剤課直通)

担当薬剤師: 山崎