

<吸入指導連絡票>

方法

宛先:

先生

患者氏名:

(患者ID:)

指導日:

保険薬局名:

担当薬剤師名:

- デバイス毎に下記項目の吸入手技を評価してください。
評価方法: ○適切 △不適切 ×全くできない
- 手順書・ピットフォール票を参照し、吸入トレーナーを用いて、患者に実際に操作をさせて評価してください。
- 準備の誤りは、具体的内容を必ず備考欄に記載してください。その他伝達事項も、備考欄に記載してください。
- 指導前後の計2回評価: 手技の適正化を確認ください。

吸入薬の名称 <small>*複数併用している場合には、 全ての吸入剤を列記してください</small>	① 準備	② 息吐き	③吸気に合わせ 押す:同調	④ゆっくり 深く吸う	⑤速く深く 吸う	⑥息止め (約5秒)	⑦指導継続の必要性 (ありorなし)
ドライパウダー (名称:)			評価 対象外	評価 対象外			
エアゾール/ソフトミスト (名称:)					評価 対象外		
その他吸入薬 (名称:)							

備考