

吸入指導報告書 (お薬手帳用) 患者氏名 _____

指導日 令和 ____年 ____月 ____日

薬局名 _____ TEL _____

薬剤師名 _____

※初回・継続 (_____ 回目) 指導

【評価の目安】

(1.できた 2.ほぼできた 3.なんとかできた 4.できなかった)

薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
残薬の確認/保管			
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施		

【アドヒアランスの評価】

服用のタイミング(歯磨き前、食事前)		
1回の吸入量、1日の吸入回数理解		
継続治療の重要性		

【副作用の評価】

うがいの方法を理解し、実施している		
声がかれ、口腔カンジダ、動悸などの理解		

【連絡事項】

喘息 喘息+COPD その他 (_____)
恐縮ですが病名についてチェックをお願いします

越谷市薬剤師会

吸入指導報告書 (お薬手帳用) 患者氏名 _____

指導日 令和 ____年 ____月 ____日

薬局名 _____ TEL _____

薬剤師名 _____

※初回・継続 (_____ 回目) 指導

【評価の目安】

(1.できた 2.ほぼできた 3.なんとかできた 4.できなかった)

薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
残薬の確認/保管			
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施		

【アドヒアランスの評価】

服用のタイミング(歯磨き前、食事前)		
1回の吸入量、1日の吸入回数理解		
継続治療の重要性		

【副作用の評価】

うがいの方法を理解し、実施している		
声がかれ、口腔カンジダ、動悸などの理解		

【連絡事項】

越谷市薬剤師会

吸入指導報告書 (お薬手帳用) 患者氏名 _____

指導日 令和 ____年 ____月 ____日

薬局名 _____ TEL _____

薬剤師名 _____

※初回・継続 (_____ 回目) 指導

【評価の目安】

(1.できた 2.ほぼできた 3.なんとかできた 4.できなかった)

薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
残薬の確認/保管			
	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施		

【アドヒアランスの評価】

服用のタイミング(歯磨き前、食事前)		
1回の吸入量、1日の吸入回数理解		
継続治療の重要性		

【副作用の評価】

うがいの方法を理解し、実施している		
声がかれ、口腔カンジダ、動悸などの理解		

【連絡事項】

喘息 喘息+COPD その他 (_____)
恐縮ですが病名についてチェックをお願いします

越谷市薬剤師会

吸入指導報告書 (お薬手帳用) 患者氏名 _____

指導日 令和 ____年 ____月 ____日

薬局名 _____ TEL _____

薬剤師名 _____

※初回・継続 (_____ 回目) 指導

【評価の目安】

(1.できた 2.ほぼできた 3.なんとかできた 4.できなかった)

薬剤名			
薬の準備			
吸入前の息吐き			
吸入する			
吸入後の息止めと息吐き			
うがい			
残薬の確認/保管			
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施		

【アドヒアランスの評価】

服用のタイミング(歯磨き前、食事前)		
1回の吸入量、1日の吸入回数理解		
継続治療の重要性		

【副作用の評価】

うがいの方法を理解し、実施している		
声がかれ、口腔カンジダ、動悸などの理解		

【連絡事項】

越谷市薬剤師会