

ID _____

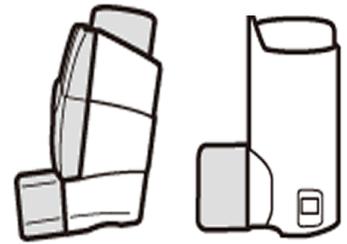
指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

患者氏名 _____

指導対象： 本人 家人

薬剤管理者： 本人 家人 その他(_____)

《エアゾール》
薬剤名： _____



薬剤使用理由 気管支喘息 COPD

病態・薬剤に関する認識度	
① 疾患について理解している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 薬効(薬の役割)を理解している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 用法用量を理解している (ステロイド含有製剤は副作用回避のため食前推奨)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 保管方法が分かる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 継続治療の必要性が理解できる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



評価後のコメント

吸入前準備	
① 吸入練習機を使用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 補助具・スパーサー使用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 吸入補助器:エアロチャンバー等を使用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
吸入準備	
④ 吸入器の残量を確認出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ キャップを外し吸入器を良く振っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
吸入	
⑥ 吸入前に息を吐いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 正しい持ち方で吸入している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ アルミ缶を押し切り薬剤を噴霧出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 薬剤の噴霧と吸入のタイミングを合わせる事が出来る。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※吸入(エアロチャンバー使用の場合)	
⑩ 吸入補助器具を正しく操作出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ チャンバー内の薬剤が吸入出来ている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
吸入後	
⑫ 5~10秒息どめをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 吸入後はキャップを付けて保管出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 吸入後うがいをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
エアロチャンバーの管理(使用の場合のみ)	
⑮ エアロチャンバーは1週間に1回洗浄している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑯ エアロチャンバーの使用期限(約1年)を守り、清潔な状態を保っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



評価後のコメント

アドヒアランス
 良好
 やや良好
 やや不良
 不良 (継続が困難な場合は、外来にご連絡ください。)



評価コメント

<医師への申し送り事項>

指導施設名： _____

指導薬剤師名： _____