

ID \_\_\_\_\_

指導日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

患者氏名 \_\_\_\_\_

《エリプタ》

薬剤名： \_\_\_\_\_

指導対象： ☐ 本人 ☐ 家人 \_\_\_\_\_薬剤管理者： ☐ 本人 ☐ 家人 ☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

|        |                                                                |
|--------|----------------------------------------------------------------|
| 薬剤使用理由 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 ・ <input type="checkbox"/> 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<br>(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 音が出せる                               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| いいえ→指導により音が出せる                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 吸入準備                                  |                                                          |
| ③ 吸入器の残量を確認出来る                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ カバーを完全に開けることが出来る                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ カウンターの数が増えたことを確認出来る                 | <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 通気口を塞がないように注意している                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨ 力強く・深く吸入している                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 吸入後                                   |                                                          |
| ⑩ 5～10秒息どめをしている                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑪ 吸入後はカバーを元の状態に戻すことができる               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑫ 吸入後うがいをしている                         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 注意点                                   |                                                          |
| ⑬ カバーを開ける毎に1回分セットされることを理解し、必要時のみ操作出来る | <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                                             |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 良好                         |
| <input type="checkbox"/> やや良好                       |
| <input type="checkbox"/> やや不良                       |
| <input type="checkbox"/> 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 |
|--------|
|        |

&lt;医師への申し送り事項&gt;

|  |
|--|
|  |
|--|

指導施設名： \_\_\_\_\_

指導薬剤師名： \_\_\_\_\_