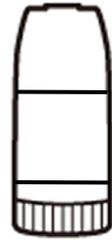


ID _____

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

患者氏名 _____

「タービューヘイラー」
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 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 音が出せる 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 キャップを開けることが出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 回転グリップを正しく回転出来る →グリップサポーターを使用する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



評価後のコメント

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 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	
⑨ 5～10秒息どめをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ グリップを回さずに、キャップをしめることが出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 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	
⑫ 振った時の「カサカサ」音が乾燥剤の音であると理解している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ デバイス開封日を本体に記載している (終了予定日を把握するため)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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

<医師への申し送り事項>

指導施設名： _____

指導薬剤師名： _____