

ID _____

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

患者氏名 _____

《ディスカス》

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 | ☐ はい ☐ いいえ |
| ② 薬効（薬の役割）を理解している | ☐ はい ☐ 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） | ☐ はい ☐ いいえ |
| ④ 保管方法が分かる | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑤ 継続治療の必要性が理解できる | ☐ はい ☐ 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 | ☐ はい ☐ いいえ |
| ② 音が出せる | ☐ はい ☐ いいえ |
| いいえ→指導により音が出せる | ☐ はい ☐ いいえ |

吸入準備

- | | |
|---------------------|--|
| ③ 吸入器の残量を確認出来る | ☐ はい ☐ いいえ |
| ④ カバーを完全に開けることが出来る | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑤ レバーを完全に押し切ることが出来る | ☐ はい ☐ いいえ |

吸入

- | | |
|---------------------|--|
| ⑥ 吸入前に息を吐いている | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑦ 正しい持ち方で吸入している | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑧ 通気口を塞がないように注意している | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑨ 力強く・深く吸入している | ☐ はい ☐ いいえ |



吸入後

- | | |
|-------------------------|--|
| ⑩ 5～10秒息どめをしている | ☐ はい ☐ 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 | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑫ 吸入後うがいをしている | ☐ はい ☐ 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 | ☐ はい ☐ 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： _____