

ID _____

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

患者氏名 _____

《ハンディヘラー》

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 | <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 吸入練習用カプセル剤使用 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 吸入準備 | |
| ② キャップを外し吸入口を開けることができる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 吸入器の汚れや、フィルターの目詰りが無いことを確認出来る | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ アルミシートからカプセルを取り出せる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ カプセルを充填部に充填出来る | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ マウスピースを閉じることが出来る | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 吸入 | |
| ⑦ カプセルの穴開け操作ができる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ 吸入前に息を吐いている | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨ 正しい持ち方で吸入している | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑩ 早く・深く吸入している | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑪ カプセルの回転音を確認出来る | <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 吸入後はカプセルを捨て、キャップ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 |
| ⑭ 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 | |
| ⑮ 吸入用カプセルが飲み薬では無いことを理解している | <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 | |
|---|--|
| <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: _____