

ID _____

指導日： 年 月 日（ 曜日）

患者氏名 _____

《ブリーズヘラー》

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 | ☐ 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 | ☐ 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 吸入練習用カプセル剤使用 | ☐ はい | ☐ 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 | ☐ はい | ☐ 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 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ④ アルミシートからカプセルを取り出せる | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑤ カプセルを充填部に充填出来る | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑥ マウスピースを閉じることが出来る | ☐ はい | ☐ いいえ |

吸入

- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ⑦ カプセルの穴開け操作が出来る | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑧ 吸入前に息を吐いている | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑨ 正しい持ち方で吸入している | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑩ 早く・深く吸入している | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑪ カプセルの回転音を確認出来る | ☐ はい | ☐ いいえ |

吸入後

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ⑫ 5～10秒息どめをしている | ☐ はい | ☐ 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 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑭ 吸入後うがいをしている | ☐ はい | ☐ 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 | ☐ 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： _____