

ID _____

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

患者氏名 _____

《レスピマット》

指導対象： ☐ 本人 ☐ 家人

薬剤名： _____

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 吸入練習機を使用 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ② 初回カートリッジを正しく挿入している | ☐ はい | ☐ いいえ |
| いいえ→挿入・準備噴霧は、医療機関で行って下さい | | |

吸入準備

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ③ 吸入器の残量を確認出来る | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ④ 上向きにして透明ケースを正しく回転
することが出来る | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑤ キャップを開けることが出来る | ☐ 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 通気口を塞がないように気をつけている | ☐ はい | ☐ いいえ |
| ⑧ 正しくボタンを押している | ☐ 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 噴霧と吸入のタイミングを合わせられる | | |
| ⑪ ゆっくり・深く吸入している | ☐ 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 キャップをしめることが出来る | ☐ 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

- ・ボンベは挿入後3ヶ月間までは問題ない。
- ・少なくとも週1回は、手入れをする。
- ・各デバイスの使用開始日を本体に記載する。（終了予定日を把握するため）

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： _____