

ID _____

患者氏名 _____

主治医: _____

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

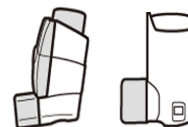
《エアゾール》

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 補助具・スパーサー使用	☐ はい ☐ いいえ
③ 吸入補助器:エアロチャンバー等を使用	☐ はい ☐ いいえ
吸入準備	
④ 吸入器の残量を確認出来る	☐ はい ☐ いいえ
⑤ キャップを外し吸入器を良く振っている	☐ 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 アルミ缶を押し切り薬剤を噴霧出来る	☐ はい ☐ いいえ
⑨ 薬剤の噴霧と吸入のタイミングを 合わせることが出来る。	☐ はい ☐ いいえ
※吸入(エアロチャンバー使用の場合)	
⑩ 吸入補助器具を正しく操作出来る	☐ はい ☐ いいえ
⑪ チャンバー内の薬剤が吸入出来ている	☐ 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 吸入後はキャップを付けて保管出来る	☐ はい ☐ いいえ
⑭ 吸入後うがいをしている	☐ はい ☐ いいえ
エアロチャンバーの管理(使用の場合のみ)	
⑮ エアロチャンバーは1週間に1回洗浄している	☐ はい ☐ いいえ
⑯ エアロチャンバーの使用期限(約1年)を守り、 清潔な状態を保っている	☐ 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: _____