

ID

患者氏名

主治医:

指導日: 年 月 日( 曜日)

《エアロスフィア》

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

## 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

## お手入れ(洗浄)

- ⑮ 週1回アクチュエーターを洗浄している ☐ はい ☐ いいえ

## エアロチャンバーの管理(使用の場合のみ)

- ⑯ 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
- ⑰ 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

## 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。)

## 評価後のコメント

## 評価後のコメント

## 評価コメント

&lt;医師への申し送り事項&gt;

指導施設名:

指導薬剤師名:

JA長野厚生連 北信総合病院

FAX:0269-23-2792

TEL:0269-22-2151