

ID

患者氏名

主治医:

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 音が出せる ☐ はい ☐ いいえ
いいえ→指導により音が出せる ☐ はい ☐ いいえ

吸入準備

- ③ 吸入器の残量を確認出来る ☐ はい ☐ いいえ
- ④ キャップを開けることが出来る ☐ はい ☐ いいえ
- ⑤ 回転グリップを正しく回転出来る ☐ はい ☐ いいえ
→グリップサポーターを使用する ☐ 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 力強く・深く吸入している ☐ はい ☐ いいえ

吸入後

- ⑨ 5～10秒息どめをしている ☐ はい ☐ いいえ
- ⑩ グリップを回さずに、キャップをしめる
ことが出来る ☐ はい ☐ いいえ
- ⑪ 吸入後うがいをしている ☐ はい ☐ いいえ

注意点

- ⑫ 振った時の「カサカサ」音が乾燥剤の
音であると理解している ☐ はい ☐ いいえ
- ⑬ デバイス開封日を本体に記載している
(終了予定日を把握するため) ☐ はい ☐ いいえ

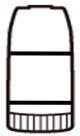
アドヒアランス

- ☐ 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。)

指導日: 年 月 日(曜日)

《タービューヘイラー》

薬剤名:



評価後のコメント

評価後のコメント

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: