

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
--------	--

指導日: 年 月 日(曜日)

《ハンディヘラー》

薬剤名:



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: