

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)

《ブリーズヘラー》

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できる	☐ 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: