

ID _____

患者氏名 _____

主治医: _____

指導日: _____年 _____月 _____日(_____曜日)

《レスピマット》
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 薬効(薬の役割)を理解している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 用法用量を理解している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 保管方法が分かる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 継続治療の必要性が理解できる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 初回カートリッジを正しく挿入している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
いいえ→挿入・準備噴霧は、医療機関で行って下さい	
吸入準備	
③ 吸入器の残量を確認出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 上向きにして透明ケースを正しく回転出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ キャップを開けることが出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
吸入	
⑥ 吸入前に息を吐いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 通気口を塞がないように気をつけている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 正しくボタンを押している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 正しい持ち方で吸入している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 噴霧と吸入のタイミングを合わせられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ ゆっくり・深く吸入している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
吸入後	
⑫ 5～10秒息どめをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ キャップをしめることが出来る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 吸入後うがいをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
注意点	
<ul style="list-style-type: none"> ・ボンベは挿入後3ヶ月間までは問題ない。 ・少なくとも週1回は、手入れをする。 ・各デバイスの使用開始日を本体に記載する。(終了予定日を把握するため) 	



評価後のコメント

アドヒアランス	
<input type="checkbox"/> 良好	
<input type="checkbox"/> やや良好	
<input type="checkbox"/> やや不良	
<input type="checkbox"/> 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: _____