

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医師名： \_\_\_\_\_ 医師

患者名 (ID)： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( 男・女 ) 生年月日：大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名： \_\_\_\_\_

|        |   |
|--------|---|
| 薬品名    | <input type="checkbox"/> フルティフォーム <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> フルタイド <input type="checkbox"/> キュパール <input type="checkbox"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> メプチン<br><input type="checkbox"/> メプチンキッド <input type="checkbox"/> ペロテック <input type="checkbox"/> アトロベント |
| 指導依頼項目 | <input type="checkbox"/> ①初回指導 <input type="checkbox"/> ②定期確認指導 <input type="checkbox"/> ③薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> ④症状悪化による確認指導 <input type="checkbox"/> ⑤その他(コメント欄へ)   |

<手技確認における8つのポイント\*>

|   |
|---|
| ①デバイス保持(垂直) ②カウンター指差し確認 ③通気口の位置確認 ④ボタン・レバー・カバー操作は最後までしっかり行い指を離す<br>⑤口角を閉じる ⑥吸い方(ゆっくり深く) ⑦息止め(指折り5つ) ⑧うがいは必ず行う(ガラガラ、ブクブク各3回) |
|---|

\*②カウンター無いものもあり

※(一社)吸入療法アカデミー方式

\*混乱を避けるため全デバイス、息止めは指折り5つ・うがいは必ず行うに統一

\*混乱を避けるため全てのpMDI製剤は吸入前に「吸入器をよく振る」に統一

《手技確認》（目安：初回・2回目・3か月後・必要時）

\*吸入指導依頼書を受け取った場合のみ対応番号を記入→ 指導依頼項目

\*製薬会社作成の説明書を元にpointを表記（下線は説明書に記載はないが重要な点）

\***試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。**

| 試し噴霧<br>(開封時) | 指導対象者  | 指導日 |    |    |    |
|---------------|--------|-----|----|----|----|
|               |        | 初回  | 回目 | 回目 | 回目 |
| ①薬剤の準備        | 本人・その他 |     |    |    |    |
| ②息吐き          | 本人・その他 |     |    |    |    |
| ③吸入           | 本人・その他 |     |    |    |    |
| ④息止め          | 本人・その他 |     |    |    |    |
| ⑤息吐き          | 本人・その他 |     |    |    |    |
| *繰り返し         | 本人・その他 |     |    |    |    |
| ⑥後片付け         | 本人・その他 |     |    |    |    |
| ⑦うがい          | 本人・その他 |     |    |    |    |

\*<手技確認>の評価は、○（問題なし）、△（やや不十分）、×（問題あり）の3段階で記入

《患者の状況確認》（目安：2回目以降の指導時）

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| ⑧副作用が出ていない(尿閉・頻尿・振戦・動悸・喘鳴・口渇・口腔内違和感・他) 出現時コメント欄へ |  |  |  |  |
| ⑨残薬確認  |  |  |  |  |
| ⑩発作・増悪時の対応について理解している                             |  |  |  |  |
| ⑪薬剤名が言える   |  |  |  |  |
| ⑫用法・用量を理解している                                    |  |  |  |  |
| ⑬薬効(薬の働き)を理解している                                 |  |  |  |  |
| ⑭うがいの必要性を理解している                                  |  |  |  |  |
| ⑮吸入効果を実感している                                     |  |  |  |  |

\*<患者の状況確認>の評価は、○（問題なし）、△（やや問題あり）、×（問題あり）の3段階で記入

算定の有無（1.服薬情報等提供料①・2.服薬情報等提供料②、3.吸入薬指導加算・4.算定なし）

\*引き続き、No.2 用紙の「指導資材」、「評価」、「コメント欄」への記入をお願いします。

月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ機 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ機 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ機 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ機 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

(保険薬局の方へ)

\*記入後、No.1、No.2用紙を、処方箋発行医療機関にFAX送付状をつけてFAX送信お願い致します。