

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	ロスピリーバ
指導依頼項目	①初回指導 ②定期確認指導 ③薬剤変更による指導 ④症状悪化による確認指導 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 ⑤吸い方(強く深く:掃除機のように集める) 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
*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

※(一社)吸入療法アカデミー方式

《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）

	担当薬剤師 サイン又は㊟	指導対象者			
		本人・その他	本人・その他	本人・その他	本人・その他
		初回	回目	回目	回目
		/	/	/	/
①薬剤の準備	薬剤セット時の操作は吸入器を垂直に持ち行う				
	キャップと吸入口を開ける				
	アルミシートから取り出したカプセルを充填部（穴）へ入れる				
	吸入口をカチッと音がするまで閉じる				
		緑のボタンを止まるまで1回のみ押し離す（カプセルに穴が開く）			
②息吐き		無理のない程度に息を吐き一旦止める（吸入口には息を吹きかけない）			
③吸入		吸入口をくわえ口角を閉じ、強く深く、最後まで息を吸い込む(通気口をふさがない) (カプセルの震える音が聞こえる)			
④息止め		吸入器から口を離し、口を閉じ、指折り5つ、息を止める（無理のない程度で良い）			
⑤息吐き		鼻からゆっくりと息を吐く			
*繰り返し		*カプセル内の薬を完全に吸いきる場合は②～⑤を繰り返す			
⑥後片付け		吸入口を開け、カプセル内に粉末が残っていないか確認し、手に触れずカプセルを捨てる			
		吸入口を閉じた後、キャップをしっかり閉じる			
⑦うがい		吸入後はガラガラうがい、ブクブクうがいを各3回ずつ行う			

*<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() <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() <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() <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() <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。