

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	□アズマネックス
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9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 ④ボタン・レバー操作はしっかり行う ⑤口角を閉じる ⑥息吐き(吸入前・吸入後) ⑦吸い方(速く深く) ⑧息止め(指おり5秒間) ⑨うがいは必ず行う(ガラガラ、ブクブク各2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5秒間・うがいは必ず行うに統一

担当薬剤師
サイン又は④

《手技確認》（目安：初回・2回目・3か月後・必要時）

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

*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（ _____ は説明書に記載はないが重要な点）

指導日

初回 回目 回目 回目
/ / / /

①薬剤の準備	操作は吸入器を垂直に持ち行う				
	カウンターで残量確認する				
	キャップを小さく左にカチッと音がするまで回し、上に引っ張るようにしてキャップを外す（カウンターの数字が1つ減る）				
②息吐き	無理のない程度に、「ホー」と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、速く深く、最後まで息を吸い込む（通気口をふさがない）（ホーの口で舌を下げのどを広げる）				
④息止め	吸入器から口を離し、口を閉じ、指折り5秒間、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（吸入口には息を吹きかけない）				
*繰り返し	*吸入器内の薬を完全に吸いきる場合は②～⑤を繰り返す *複数回吸入する場合は①～⑤を繰り返す				
⑥後片付け	キャップポインターと矢印を重ねるようにキャップをはめ、カチッと音がするまで右に回してしっかり閉じる				
	キャップポインターと残量計(カウンター)の位置が合っていることを確認する				
⑦うがい	吸入後はガラガラうがい、ブクブクうがいを各2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				

*<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

指導資材	<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"/> 頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <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

指導資材	<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"/> 頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <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

指導資材	<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"/> 頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <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

指導資材	<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"/> 頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <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。