

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	ロメブチン
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(水平) 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(指折り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 サイン又は印 指導対象者 *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)				
	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	操作はカウンター面を上水平に持ち行う				
	キャップを完全に開け固定する(カチッと音がする)				
	カウンターで残量確認する				
	押しボタンをカチッと音がして止まるところまで押し離す				
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 *2吸入する場合は1分程度おいて①~⑤を繰り返す				
⑥後片付け	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)				
---	--	--	--	--

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。