

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	□エクリラ
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㊟	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
《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				
	初回	回目	回目	回目
*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	/	/	/	/

①薬剤の準備	操作はボタンを上にして水平に持ち行う				
	カウンターで残量確認する				
	キャップを外す（両端をつまみ引っ張る）				
	信号が赤になっていることを確認する				
	ボタンを下までしっかりと押し離す				
	信号が赤から緑に変わったことを確認する				
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） *正しく吸入できると、カチッと音がして、信号が緑色から赤色へ戻すが、音がしても最後まで息を吸いきる				
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）				
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）				
---	--	--	--	--

\*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。