

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"/> フルタイド <input type="checkbox"/> セレベント <input type="checkbox"/> アドエア |
| 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⑩ | | | | |
| 《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 | | | | |
| | 指導日 | 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) | / | / | / | / |

| | | | | | |
|--------|---|--|--|--|--|
| ①薬剤の準備 | 操作はカウンター面を上水平に持ち行う | | | | |
| | カウンターで残量確認する | | | | |
| | グリップが止まるまで回し、カバーを開ける(カチッと音がする) | | | | |
| | レバーをグリップのところまで押し付ける(カチッと音がする) | | | | |
| 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) | | | | |
| 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 | グリップをカチッと音がするところまで戻し、カバーをしっかり閉じる(レバーも一緒に戻す) | | | | |
| 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。