

# 吸入指導実施確認・報告書（薬剤師→医師）（C用紙）

「吸入指導実施確認・報告書」は、①デバイスごとに各製薬会社作成の説明書を元にポイントを表記、説明書では省略されているが重要な点を\_\_追記し、患者さんが混乱しないよう「息止め指折り5秒間、うがいは必ずする、pMDIは吸入前に必ずよく振る」と統一。②指導の均一化・質の標準化を図るためチェックリスト形式とし、③指導状況の経時変化を確認できる様に複数回形式とした。

\*手技確認時に注意したい9ポイントについて記載した。

- ①デバイス保持（垂直・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・ゆっくり深く） 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）

\*記入方法については、「[保険薬局における吸入指導の流れ\(初回・2回目以降\)](#)」を参照

例) エアゾール全般用

C 吸入指導実施確認・報告書（薬剤師→医師）（エアゾール全般用）		No.1	
医療機関名:	担当医師名:	デバイスごとに作成	
患者名 (ID):	( ) (男・女) 生年月日: 大・昭・平	日	
薬局名:			
薬品名	<input type="checkbox"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> ロキソバル <input type="checkbox"/> フルタイド <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> フルティフォーム <input type="checkbox"/> ロアトロベント <input type="checkbox"/> メブチン <input type="checkbox"/> メブチンキッド <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> ヘロテック		
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)		
<b>&lt;手技確認における9ポイント&gt;</b> <span style="float: right;">9ポイントについて注意し指導する</span>			
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(ゆっくり深く) ⑧息止め(指折り5秒間) ⑨うがいは必ず(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 * 混乱を避けるため全てのpMDI薬剤は吸入前に「吸入器をよく振る」に統一			
<b>《手技確認》（目安：初回・2回目・3か月後・必要時）</b>		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		小竹 宏幸	本人・その他
* 製薬会社作成の説明書を元にpointを表記 ( __ は説明書に記載がないが重要な点) * 試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。		初回	2回目
<b>《患者の状況確認》（目安：2回目以降の指導時）</b>		5/5	6/4
①薬剤の準備	①薬剤の準備後、薬剤ごと決められた回数試し噴霧を繰り返します（薬剤が目に入らないように下へ向け） 操作はポンベの底が上になるように垂直に持ち行う カウンターで残量確認する（カウンターの無いものは残量計で確認可能） キャップ外す（両端をつまむ） 吸入器をよく振る	○	○
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	ポンベの底が上になるように吸入口をくわえ、口角を閉じ、息を吸いながら、ポンベを押し、ゆっくり深く、最後まで息を吸い込む（同調できるか確認）（ホーの口で舌を下げのどを広げると良い）	△	△
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	○	○
*繰り返し	*複数回吸入する場合は①～⑤を繰り返す		
⑥後片付け	キャップをしっかりと閉じる	○	○
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	○	○
<b>* &lt;手技確認&gt;の評価は、○（問題なし）、△（やや不十分）、×（問題あり）の3段階で記入</b>			
<b>《患者の状況確認》（目安：2回目以降の指導時）</b>			
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	例) コントローラー or リリーバーの違いがわかっていれば OK など	○	
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	「うがいをしているか、どのようにしているか」などを確認する	○	
<b>* &lt;患者の状況確認&gt;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</b>			
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「指導資料」、「評価」、「コメント欄」への記入をお願いします。			

対応者がその都度違う可能性があるため、毎回担当者がサインをする(印でも可)

医師からの依頼による指導なのか？ 医師以外からか区別するため

医師、薬剤師が患者の経時変化を確認できるように、また指導の目安(初回・2回目・3か月後・必要時)として4回分を1セットとした(回数、日付を記入する)

・初回時は、まずは薬剤師が手技を見せた後、患者にやってもらい、できるようになるまで指導する  
 ・2回目以降は、まず普段通りに吸ってもらい、問題があればできるように指導する  
 ・評価は3段階で行う(△(やや不十分)の目安は、例手順書などで確認しながらできる、助言があればできる等)

・2回目以降に確認結果を記入し、問題あれば対処する  
 ・評価は3段階で行う(△(やや問題あり)の目安は、例) 何となく言える・何となく理解している等)

C 吸入指導実施確認・報告書（薬剤師→医師）（エアゾール全般用）

No.2

《手技確認》、《患者の状況確認》の項目評価を基に総合評価をする

月

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"/> 口頭説明のみ <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"/> 口頭説明のみ <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"/> 口頭説明のみ <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"/> 口頭説明のみ <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)	

忘れずに2枚 (No.1・No.2) FAX送信する

(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。