

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"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> キューバール <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"/> 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"/> ペロテック
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(ゆっくり深く) 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
- * 混乱を避けるため全てのpMDI製剤は吸入前に「吸入器をよく振る」に統一

《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

* 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）

* 試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。

担当薬剤師 サイン又は印				
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
指導日	初回	回目	回目	回目
	/	/	/	/

①薬剤の準備 ②息吐き ③吸入 ④息止め ⑤息吐き *繰り返す ⑥後片付け ⑦うがい	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て行う） 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などで確認可能） キャップ外す（両端をつまむ） 吸入器をよく振る 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） 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） 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） 鼻からゆっくりと息を吐く *複数回吸入する場合は①～⑤を繰り返す キャップをしっかり閉じる 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。