

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	ロビレーストリ ロビベスピ
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㊸				
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
	/	/	/	/

試し噴霧(開封時)	①薬剤の準備後、噴霧ボタンを押し試し噴霧を4回繰り返します（薬剤が目に入らないように下へ向けて行う）			
①薬剤の準備	操作は缶の底が上になるように垂直に持ち行う			
	目盛り(カウンター)で残量確認する			
	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	缶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、噴霧ボタンを押し、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）			
④息止め	吸入器から口を離し、口を閉じて、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	*1回2吸入のため、①～⑤を繰り返す			
⑥後片付け	キャップをしっかり閉じる（アクチュエーターを週1回洗浄する）			
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。