

吸入指導評価表

【薬剤理解評価】

内容	説明/評価	薬品		
		薬品 1	薬品 2	薬品 3
薬品名が言える				
薬効(薬の役割)がわかる				
用法がわかる				
用量がわかる				
うがいの必要性を理解している				
保管方法を理解している				
発作の回数 (過去 1 カ月)				

【手技評価】 ※指導時に標準手順書を (使用 ・ 不使用)

手順	薬品名		
	薬品 1	薬品 2	薬品 3
	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方
①薬の準備			
②息吐き			
③吸入			
④息止め			
⑤息吐き			
⑥後片付け			
⑦うがい			

継続指導の必要性
有 ・ 無
有 ・ 無
有 ・ 無

FAX 送信先
病院/診療所名

FAX
TEL

患者 ID

患者氏名

年齢

生年月日

性別

指導日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

本指導箋を用いた指導回数 : _____ 回目

〃 前回指導日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

B

〈評価表の記載方法〉

☆指導日、指導回数を記載する

☆薬剤理解評価と手技評価を行う

(評価方法: ○できる ・ △確認が必要 ・ ×できない)

※初回の場合は説明を行い、できることを確認したら

✓チェックを入れる

☆医師への照会事項、連絡事項の該当項目を記入する

☆左記の病院/診療所に FAX 送信する

該当する項目にチェックを入れて詳細を記入して下さい。

〈医師への照会事項〉

吸入手技・吸気流速に問題あり ⇒ 処方変更: **無・有** (変更内容 _____)

副作用出現時(尿閉・振戦・動悸など)
⇒ 処方変更: **無・中止・有** (変更内容 _____)

〈医師への連絡事項〉

同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を開始しました

副作用の出現: **無・有** (口喝・頻尿・嘔声・口腔内違和感・その他< _____ >)

併用薬剤(OTC・サプリメントを含む)
薬剤名(_____)

〈薬剤師より医師へ / 特記すべき事項〉

 総合的評価 : 継続指導の必要性 有 無

薬局名: _____ 担当薬剤師: _____

(TEL: _____ FAX: _____) Ver.20131001