

B 吸入指導評価表

【薬剤理解評価】

内容 \ 薬品数	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			
用法が分かる			
用量が分かる			
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か月)			

【手技評価】 ※指導時に標準手順書(使用・不使用)

	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

患者さんへ
 あなたが行う吸入療法において、吸入手技は治療効果に大きく影響するため、正しい吸入方法を習得する必要があります。この書面により医師へあなたの吸入薬の情報をお伝えし、今後の吸入療法へ活用します。なお、吸入薬指導加算として、保険金額1割負担30円、2割負担60円、3割負担90円を保険薬局にてご負担いただく場合があります。詳しくは薬剤師におたずねください。

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

〈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い、記入する。
 (初回：説明し、できることを確認したら✓を入れる)
 (2回目以降：○できる・△確認が必要・×できない)
 ☆医師への照会事項、連絡事項を記入する。
 ☆右記の病院・診療所にFAX送信する。

該当する項目に✓を入れ、詳細を記入して下さい。

〈医師への照会事項〉

- 患者/家族の求めがあり医師 () の了解のもと吸入指導を行いました。
 吸入手技・吸気速度に問題あり 処方変更：無・有・使用中止
 副作用出現(尿閉・振戦・動悸など) ⇒ (変更内容：)

〈医師への連絡事項〉

- スペーサーの使用方法について、説明しました。
 副作用出現：無・有 [口渇・頻尿・嘔声・口腔内違和感・その他 ()]

〈薬剤師より医師へ / 特筆すべき事項〉

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： _____)

同意書

私は、吸入薬指導に関する説明を十分に受け、理解した上で本取り組みに 同意します 同意しません

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____ 続柄： _____