

吸入指導評価表

薬局にて保管

<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レ点を入れる
- ☆医師への照会事項、連絡事項の該当項目を記入する
- ☆右記医療機関にFAX送信する

指導日：平成_____年_____月_____日

本指導箋を用いた指導回数_____回目

〃前回指導日：平成_____年_____月_____日

【薬剤理解評価】

内容	評価/説明
薬剤の使い分けが理解できる	
保存法を理解している	
SABAの使用回数	

患者ID:

患者氏名:

生年月日:

年齢:

性別:

FAX送信先

医療機関名

担当医師名

FAX:

TEL:

該当する項目にチェックを入れて詳細を記入してください

【手技評価】

薬品名 手順	薬品1	薬品2	薬品3	SABA 短時間作用性β2刺激薬 メブチン・サルタノール
		<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
薬の準備	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
息吐き	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
吸入の深さ・速さ	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
後片づけ・残薬の確認	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
保管	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
うがい	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
継続指導の必要性	有・無	有・無	有・無	有・無

<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()
- 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、スプレーの使用を勧めました
- 副作用の出現:無・有(口渇・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)コピー添付可
薬剤名()

薬剤師より医師へ/特記すべき事項(家族・介護者からの情報含む)

薬局名:

担当薬剤師: