

吸入薬指導報告書

宛先

報告者

医療機関名： _____

薬局名： _____

医師名： _____

住所： _____

TEL/FAX： _____ / _____

薬剤師： _____

患者名： _____ 生年月日： _____

処方箋発行日： _____ 吸入指導日： _____

指導対象吸入薬： _____ 吸入指導回数： 初回・ _____ 回目

吸入回数： 1 日 _____ 回、1 回 _____ 吸入 発作時の吸入指示 有 ・ 無

指導内容

指導内容	実施	患者の理解	備考
吸入の必要性の説明	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (良)	
薬効・副作用についての説明	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
デバイスの準備	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
ほー呼吸	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
吸入動作の確認	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
吸入後のうがい	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
副作用の有無の確認	有 ・ 無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	