聖隷佐倉市民病院　薬剤科　　保険薬局→□薬剤科（スキャン）→□処方医→□薬剤科

FAX：043-485-3720

吸入指導報告書

処方年月日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　処方医＿＿＿＿科＿＿＿＿＿先生

患者名： （ID：　　） （生年月日：　　）	保険薬局 名称・住所
□ 初回指導　　□ 再指導	TEL： FAX： 担当薬剤師：
薬剤名：	

吸入指導総合評価 □ 問題なく吸入可能です　　□ 吸入手技に問題があります □ 吸入困難です（他剤への変更をご考慮ください）	
吸入手技・理解度の確認	
うがい＋飲水の必要性の理解　※吸入前後	□ 良好　□ 不良
デバイスの操作	□ 良好　□ 不良
補助具の使用方法の理解	□ 良好　□ 不良　□ 該当なし
正しく吸入できる　※速すぎないように３秒以上かけて吸って、鼻から出す	□ 良好　□ 不良
すぐ食事を摂る必要性の理解　※ICS のみ	□ 良好　□ 不良　□ 該当なし
吸入器の管理（残薬管理含む）	□ 良好　□ 不良
使用薬剤の名前と用法・用量の理解	□ 良好　□ 不良
薬効（使用目的）の理解	□ 良好　□ 不良
コントロール薬と発作時薬の使い分けの理解	□ 良好　□ 不良
副作用の理解	□ 良好　□ 不良
医師への連絡事項 □ 練習器・実薬を用いて吸入していただきました　□ 口頭で確認しました □ スペーサーを使用しました　□ 次回、手技を再確認します □ 副作用が出現しました（症状：　　）	
特記事項	

返答欄（医師記入欄）

□　報告内容を確認しました。

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（押印可）

2025 年 3 月　作成