

青森労災病院

科

先生御机下

吸入指導報告書

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

患者ID:

処方日：令和 年 月 日

指導した薬品名：

右記の吸入薬について、患者様の同意を得て、練習用吸入器等を用いて

吸入手技の指導を行いましたので、ご報告いたします。

報告書送付先

〒031-8551 青森県八戸市白銀町字南ヶ丘1番地 青森労災病院 薬剤部

電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153 (薬剤部)

エリプタ吸入指導チェックリスト				
指導日：		年 月 日		
No	できた	要確認	できない	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用法・用量が分かっている。
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入前に残量カウンターをチェックしている。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カバーをカチッと音がするまで開けられる。
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入時に通気口を塞いでいない。
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	深く吸入できている。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入直後に息止めしている。
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にカバーを閉めている。
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にうがいをしている。
医師への連絡事項				

保険薬局名：

電話：

指導薬剤師：

FAX：

青森労災病院 科

先生御机下

吸入指導報告書

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

患者ID:

処方日：令和 年 月 日

指導した薬品名：

右記の吸入薬について、患者様の同意を得て、練習用吸入器等を用いて
吸入手技の指導を行いましたので、ご報告いたします。

ブリーズヘラー吸入指導チェックリスト				
指導日：		年	月	日
No	できた	要確認	できない	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用法・用量が分かっている。
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キャップを取り外す。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	矢印が記載されている面からマウスピースを倒す。
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アルミシートを1カプセル分だけ開ける。
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カプセルをデバイスに入れる。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	マウスピースを閉める。
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	両脇のボタンを押してカプセルに穴をあける。
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ボタンから指を離して吸入している。
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カラカラ音がするぐらい深く吸入している。
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入直後に息止めしている。
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にカプセルを捨てる。
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キャップを閉める。
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にうがいをしている。
医師への連絡事項				

報告書送付先

〒031-8551 青森県八戸市白銀町字南ヶ丘1番地 青森労災病院 薬剤部
電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153 (薬剤部)

保険薬局名：

電話：

指導薬剤師：

FAX：

青森労災病院 科

先生御机下

吸入指導報告書

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

患者ID:

処方日：令和 年 月 日

指導した薬品名：

右記の吸入薬について、患者様の同意を得て、練習用吸入器等を用いて吸入手技の指導を行いましたので、ご報告いたします。

タービューヘイラー吸入指導チェックリスト				
指導日：		年 月 日		
No	できた	要確認	できない	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用法・用量が分かっている（1回○吸入、1日○回）
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入前に残量カウンターを確認している。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	回転グリップを左に止まるまでまわしている。
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	次に右に「カチッ」と音がするまで戻している。
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デバイスを横にせず、立てて回転させている。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回2吸入の際に、回転操作を2回繰り返して吸入していない。
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	空気の取り入れ口を手や唇で塞いでいない。
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入直後に息止めしている。
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にキャップをしっかり閉めている。
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にうがいをしている。
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入した感覚がないことに不安を覚えていない。
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デバイス内の乾燥剤の存在を知っている。
医師への連絡事項				

報告書送付先

〒031-8551 青森県八戸市白銀町字南ヶ丘1番地 青森労災病院 薬剤部

電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153（薬剤部）

保険薬局名：

電話：

指導薬剤師：

FAX：

青森労災病院

科

先生御机下

吸入指導報告書

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

患者ID:

処方日：令和 年 月 日

指導した薬品名：

右記の吸入薬について、患者様の同意を得て、練習用吸入器等を用いて

吸入手技の指導を行いましたので、ご報告いたします。

報告書送付先

〒031-8551 青森県八戸市白銀町字南ヶ丘1番地 青森労災病院 薬剤部

電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153 (薬剤部)

ディスカス吸入指導チェックリスト				
指導日：		年	月	日
No	できた	要確認	できない	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用法・用量が分かっている。
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入前に残量カウンターをチェックしている。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カバーを開ける。
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	レバーを音がするまで押す。
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デバイスを水平にしている。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	深く吸入できている。
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	息止めができています。
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にカバーを閉めている。
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にうがいをしている。
医師への連絡事項				

保険薬局名：

電話：

指導薬剤師：

FAX：

青森労災病院 科

先生御机下

吸入指導報告書

患者氏名： 様

生年月日： 年 月 日

患者ID:

処方日：令和 年 月 日

指導した薬品名：

右記の吸入薬について、患者様の同意を得て、練習用吸入器等を用いて吸入手技の指導を行いましたので、ご報告いたします。

報告書送付先

〒031-8551 青森県八戸市白銀町字南ヶ丘1番地 青森労災病院 薬剤部
電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153 (薬剤部)

レスピマット吸入指導チェックリスト				
指導日：		年 月 日		
No	できた	要確認	できない	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用法・用量を知っている（1回○吸入、1日○回）
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入前に残量目盛を確認している。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キャップが閉じた状態で上に向けて、透明ケース音がするまで180度回転させる。
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キャップを開ける。
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通気口を口で塞いでいない。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デバイスを水平にしている。
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤噴霧時に呼吸同調できている。
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	深く吸入できている。
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入直後に息止めしている。
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2回目の吸入前にキャップを閉めている。
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にうがいをしている。
医師への連絡事項				

保険薬局名：

電話：

指導薬剤師：

FAX：

吸入指導報告書

患者氏名： 様
生年月日： 年 月 日
患者ID:
処方日：令和 年 月 日
指導した薬品名：

右記の吸入薬について、患者様の同意を得て、練習用吸入器を用いて吸入手技の指導を行いましたので、ご報告いたします。

エアゾール吸入指導チェックリスト				
指導日：令和 年 月 日				
No	できた	要確認	できない	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用法・用量が分かっている。
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入前に残量カウンターをチェックしている。
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キャップの両端をつまみはずす。
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ボンベの中の薬が均一に混じりあうようによく振る。
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	初めて使う場合は空噴霧を4回行う。
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入口を軽く歯でくわえ息を吸いながらアルミ缶を押し、お薬をゆっくり深く吸い込む。
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	深く吸入できている。
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入直後に息止めしている。
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キャップを閉める。
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入後にうがいをしている。
医師への連絡事項				

報告書送付先

〒031-8551 青森県八戸市銀町字南ヶ丘1番地 青森労災病院 薬剤部
電話 0178-33-1551 FAX 0178-33-2153 (薬剤部)

保険薬局名：

電話：

指導薬剤師：

FAX：