大原綜合病院　薬剤科　　御中

　　　　　　　　　　　　　　様の吸入療法の指導内容について連絡申し上げます。

患者ID　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　主治医

◆指導対象者　[ ]  患者本人　　[ ]  家族 ［　　　　　］　　[ ]  その他 ［　　　　　］

　◆指導回数　　[ ]  初回　　　　[ ]  継続

　◆確認事項　　[ ]  吸気流速　⇒　[ ]  可　　[ ]  不可

　　　　　　　　[ ]  スペーサー⇒　[ ]  必要　[ ]  不要

　◆指導内容　　[ ]  薬効（特徴）　[ ]  用法・用量

　　　　　　　　[ ]  うがい　　　　[ ]  手入れ方法

　◆指導方法　　[ ]  吸入説明書の提供　　[ ]  口頭で説明　　　　　[ ]  吸入説明書で説明

　　　　　　　　[ ]  動画の使用　　　　　[ ]  薬剤師による実演　　[ ]  患者による吸入実地

　◆吸入手技・動作

薬剤名：　薬品名を選択してください。

　　　　　　　　　　　↓

|  |  |
| --- | --- |
| 薬の準備　　　　　　　 | 　　 |
| 息吐き | 　　 |
| 吸入 | 　　 |
| 息止め | 　　 |
| うがい | 　　 |
| 後片付け | 　　 ※〇，△，×で評価 |

薬剤名：　薬品名を選択してください。

　　　　　　　　　　　↓

|  |  |
| --- | --- |
| 薬の準備　　　　　　　 | 　　 |
| 息吐き | 　　 |
| 吸入 | 　　 |
| 息止め | 　　 |
| うがい | 　　 |
| 後片付け | 　　 ※〇，△，×で評価 |

　◆副作用　　[ ]  あり　　[ ]  なし

　　　　　　　　　↓

　　　　　　　[ ]  嗄声　[ ]  口渇　[ ]  口内違和感　[ ]  動悸　[ ]  振戦　[ ]  頻尿　[ ]  排尿困難

　　　　　　　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　◆連絡事項

指導薬剤師