　　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