

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医師名： \_\_\_\_\_ 医師

患者名 (ID)： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( 男・女 ) 生年月日：大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬局名： \_\_\_\_\_

|        |  |
|--------|--|
| 薬品名    | □オンプレス □シープリ □ウルティプロ □アテキュラ □エナジア                  |
| 指導依頼項目 | ①初回指導 ②定期確認指導 ③薬剤変更による指導 ④症状悪化による確認指導 ⑤その他(コメント欄へ) |

## 〈手技確認における8つのポイント〉

- ①デバイス保持(垂直) ②カウンター指差し確認 ③通気口の位置確認 ④ボタン・レバー・カバー操作は最後までしっかり行い、指を離す  
⑤吸い方(できるだけ深く:掃除機のように集める) ⑥息止め(指折り5つ) ⑦うがいは必ず行う(ガラガラ、ブクブク各3回)

\* ②カウンター無いものもあり

※(一社)吸入療法アカデミー方式

\* 混乱を避けるため全デバイス、息止めは指折り5つ、うがいは必ず行うに統一

## 《手技確認》（目安：初回・2回目・3か月後・必要時）

\* 吸入指導依頼書を受け取った場合のみ対応番号を記入→ 指導依頼項目

\* 製薬会社作成の説明書を元にpointを表記（下線は説明書に記載はないが重要な点）

| 指導日    | 指導対象者   | 担当薬剤師<br>サイン又は⑥ |        |        |        |
|--------|---|-----------------|--------|--------|--------|
|        |   | 本人・その他          | 本人・その他 | 本人・その他 | 本人・その他 |
| 初回     | 回目  | 回目              | 回目     | 回目     |        |
| /      | /   | /               | /      | /      |        |
| ①薬剤の準備 | 薬剤セット時の操作は吸入器を垂直に持ち行う   |                 |        |        |        |
|        | キャップを外し、吸入口を開ける   |                 |        |        |        |
|        | アルミシートから取り出したカプセルを充填部（穴）へ入れる                                    |                 |        |        |        |
|        | 吸入口をカチッと音がするまで閉じる   |                 |        |        |        |
| ②息吐き   | 両側のボタンをカチッと音がするまで同時に押し、ボタンを離す<br>(カプセルに穴が開く)                    |                 |        |        |        |
|        | 無理のない程度に息を吐き一旦止める（吸入口には息を吹きかけない）                                |                 |        |        |        |
| ③吸入    | 吸入口をくわえ口角を閉じ、できるだけ深く、最後まで息を吸い込む<br>(通気口をふさがない) (カプセルの震える音が聞こえる) |                 |        |        |        |
| ④息止め   | 吸入器から口を離し、口を閉じ、指折り5つ、息を止める（無理のない程度で良い）                          |                 |        |        |        |
| ⑤息吐き   | 鼻からゆっくりと息を吐く  |                 |        |        |        |
| * 繰り返し | * カプセル内の薬を完全に吸いきる場合は②～⑤を繰り返す                                    |                 |        |        |        |
| ⑥後片付け  | 吸入口を開け、カプセル内に粉末が残っていないか確認し、手に触れずカプセルを捨てる                        |                 |        |        |        |
|        | 吸入口を閉じた後、キャップをしっかり閉じる   |                 |        |        |        |
| ⑦うがい   | 吸入後はガラガラうがい、ブクブクうがいを各3回ずつ行う                                     |                 |        |        |        |

\* 〈手技確認〉の評価は、○（問題なし）、△（やや不十分）、×（問題あり）の3段階で記入。未評価項目は（/）で記入。

## 《患者の状況確認》（目安：2回目以降の指導時）

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| ⑧副作用が出ていない(尿閉・頻尿・振戦・動悸・喘鳴・口渇・口腔内違和感・他) 出現時コメント欄へ |  |  |  |  |
| ⑨残薬確認  |  |  |  |  |
| ⑩発作・増悪時の対応について理解している                             |  |  |  |  |
| ⑪薬剤名が言える   |  |  |  |  |
| ⑫用法・用量を理解している                                    |  |  |  |  |
| ⑬薬効（薬の働き）を理解している                                 |  |  |  |  |
| ⑭うがいの必要性を理解している                                  |  |  |  |  |
| ⑮吸入効果を実感している                                     |  |  |  |  |

\* 〈手技確認〉の評価は、○（問題なし）、△（やや不十分）、×（問題あり）の3段階で記入。未評価項目は（/）で記入。

算定の有無（1.服薬情報等提供料①・2.服薬情報等提供料②、3.吸入薬指導加算・4.算定なし）

\* 引き続き、No.2 用紙の「指導資材」、「評価」、「コメント欄」への記入をお願いします。

年 月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

年 月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

年 月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

年 月 日

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 指導資料                               | 【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 評価                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)  |
| コメント欄：(今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて) |  |

(保険薬局の方へ)

\*記入後、No.1、No.2用紙を、処方箋発行医療機関にFAX送付状をつけてFAX送信お願い致します。