

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	ロスプリーバ ロスピオルト
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口角を閉じる ⑥吸い方(ゆっくり深く) ⑦息止め(指折り5つ) ⑧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

*混乱を避けるため全てのpMDI製剤は吸入前に「吸入器をよく振る」に統一

担当薬剤師
サイン又はⓂ

<手技確認> (目安：初回・2回目・3か月後・必要時)

指導対象者

本人・その他 本人・その他 本人・その他 本人・その他

*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

指導日

*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)

*試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。

指導日	初回	回目	回目	回目
カートリッジ装着(開封時)	キャップを閉じた状態で、安全止めを押しながら透明ケースを引き抜きます 平らな台にカートリッジを置き、上からまっすぐにカチッと音がするまでカートリッジを押し込み、透明ケースを戻します			
試し噴霧(開封時)	①薬剤の準備を参考に、噴霧ボタンを押し試し噴霧を4回繰り返します (噴霧後は都度キャップを閉める)(薬剤が目に入らないように下へ向けて行う)			
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			
	目盛り(カウンター)で残量確認する			
	キャップを閉じた状態で上向きにし、透明ケースをカチッと音がするまで右に180度回転させる			
	キャップをしっかりと開ける			
②息吐き	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、息を口からゆっくりと吸いながら、噴霧ボタンを押し、ゆっくり深く、最後まで息を吸い込む(通気口をふさがない) (同調できるか確認)			
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	*1回2吸入のため、キャップを閉じ①~⑤を繰り返す			
⑥後片付け	キャップをしっかりと閉じる			
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() <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() <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() <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() <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。