

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	<input type="checkbox"/> フルティフォーム <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> フルタイド <input type="checkbox"/> キュバル <input type="checkbox"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> メブチン <input type="checkbox"/> メブチンキッド <input type="checkbox"/> ペロテック <input type="checkbox"/> アトロVENT <input type="checkbox"/> スパーサー (_____)
指導依頼項目	<input type="checkbox"/> ①初回指導 <input type="checkbox"/> ②定期確認指導 <input type="checkbox"/> ③薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> ④症状悪化による確認指導 <input type="checkbox"/> 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き指を離す 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

《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)

***試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。**

試し噴霧 (開封時)	①薬剤の準備後、薬剤ごと決められた回数試し噴霧を繰り返します(薬剤が目に入らないように下へ向けて行う)	担当薬剤師 サイン又は㊟			
		本人・その他	本人・その他	本人・その他	本人・その他
①薬剤の準備	薬剤セット時の操作はポンベの底が上になるように垂直に持ち行う カウンターで残量確認する(カウンターの無いものは残量計などで確認可能) スパーサーと吸入器のキャップ外す 吸入器をよく振る ポンベの底が上になるように垂直にスパーサーに取り付ける				
②息吐き	無理のない程度に息を吐き一旦止める(スパーサーの吸入口に息を吹きかけない)				
③吸入	マスクを顔に密着させ、ポンベを1回押し薬剤を噴霧後、口角を閉じ、3秒間ほどかけて、ゆっくり深く、最後まで息を吸い込む(息止めができない場合は、5回程度(15秒程度)安静呼吸を行う。②④⑤は不要)(1回の吸入ごとに1回噴霧する)				
④息止め	吸入口から口を離し、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	*複数回吸入する場合は①～⑤を繰り返す				
⑥後片付け	吸入器をスパーサーから外し、吸入器およびスパーサーのキャップをしっかりと閉じる(1週間に1度程度スパーサーを洗浄する)				
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。