

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	ロエクリラ
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(水平) 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(強く深く: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）

担当薬剤師 サイン又は⓪				
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	初回	回目	回目	回目
*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）	/	/	/	/

①薬剤の準備	薬剤セット時の操作はボタンを上にして水平に持ち行う				
	カウンターで残量確認する				
	キャップを外す（両端をつまみ引っ張る）				
	信号が赤になっていることを確認する				
	ボタンを下までしっかりと押し離す				
	信号が赤から緑に変わったことを確認する				
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、強く深く、最後まで息を吸い込む （通気口をふさがない） *正しく吸入できると、カチッと音がして、信号が緑色から赤色へ戻るが、音がしても最後まで息を吸いきる				
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				
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。