

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	ロビベスピ
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

担当薬剤師  
サイン又は④

《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

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）

\* 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、噴霧ボタンを押し試し噴霧を行う(2回/120吸入、4回/28吸入) 洗浄後・1週間以上未使用時：2回/120吸入・28吸入 (目に入らないように下へ向け行う)				
①薬剤の準備	薬剤セット時の操作は缶の底が上になるように垂直に持ち行う				
	目盛り(カウンター)で残量確認する				
	キャップ外す(両端をつまむ)				
	吸入器をよく振る				
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	缶の底が上になるように吸入口をくわえ、口角を閉じ、息を吸いながら、 噴霧ボタンを押し、ゆっくり深く、最後まで息を吸い込む (同調できるか確認)				
④息止め	吸入器から口を離し、口を閉じて、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、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(アクチュエーターを週1回洗浄する)				
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。