

氏名

【初回指導・再指導（ 回目）】

性別

国立病院機構 西新潟中央病院 呼吸器内科

処方年月日

依頼医師

<疾患>

<依頼内容>

BA・CVA・AC・COPD
その他( )

コンプライアンスについて 吸入手技について
その他( )

<説明内容>

吸入指導日 20 年 月 日

各デバイスごとの使用手順を一覧にしてあります。この手順に従って指導して、各項目の評価を行ってください。

※当院ホームページ( http://www.masa.go.jp )の薬剤部ページに吸入手技チェックリストを掲載しています。併せてご活用ください。

Table with 9 columns: デバイス名, 薬剤名, 薬の準備, 息吐き, 吸入, 息止め, 息吐き, 後片付け, うがい. Rows include various inhaler types like エアゾール剤, レスピマット, ディスカス, etc.

<指導結果>

<医師への連絡事項>

評価は ○できる・△不十分・×できない の3段階評価です。

該当項目をチェックし、詳細を記載してください。

該当する評価を丸で囲んでください。

※「①薬の準備」については、できなかった手順を具体的に記載してください。(例 グリップを回せない)

Table for evaluation results with columns for 薬品名 (薬品1, 2, 3) and rows for 手順 (1-7).

Checklist for doctor's contact items: 吸入手技・吸入速度に問題あり, 同期吸入が困難, 継続指導が必要, その他

薬局名:

担当薬剤師

FAX 送付先 西新潟中央病院 地域医療連携室 025-267-4315

患者さんへ

このシートは今後の治療に役立つためのものです。そのため、処方医師にフィードバック(返信)することをご了承ください。