御中　　【報告日】 令和　　年　　月　　日

吸入指導実施報告書【 □ 初回、□ 継続（フォロー）】

【担当医】　　科　　先生御机下	【保険薬局名】
【処方箋発行日】 令和　　年　　月　　日	【所在地】
【患者氏名】　　様（患者 ID：　　）	【TEL】　　【FAX】
【生年月日】　　年　　月　　日	【担当薬剤師】　　㊞

平素は大変お世話になっております。 下記の通り、吸入指導を行いましたので報告いたします。

なお、本情報提供に関して、 患者･家族等の同意を得ています。

指導薬剤師の評価

□問題なく吸入可能。

□次回、指摘点の修正を確認すれば問題なく吸入可能。

□操作･手技等に不安や問題あり。今後も継続した指導が必要。

□デバイス変更により、よりよい吸入が可能と思われる。

推奨デバイス：＿＿＿＿＿＿

推奨選択理由：＿＿＿＿＿＿

□その他（　　）

アドヒアランス

□良好

□不良 ⇒ 吸入割合（患者の自己申告）：＿＿＿＿％

〃　（残薬からの推測）：＿＿＿＿％

副作用

□なし

□あり ⇒ □嗄声 □口腔内の白苔 □動悸 □排尿障害 □発声障害

指導日　令和　　年　　月　　日

薬剤名　①＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿（□初回 □継続）… 補助具使用 □有 □無

②＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿（□初回 □継続）… 補助具使用 □有 □無

指導方法　□実薬･デモ器を使用（□実際の吸入あり □吸入なし）□説明書や口頭のみ □動画視聴

詳細

	確認項目 ※確認結果に問題ありの場合、指導結果を記載	① 確認結果		① 指導結果		② 確認結果		② 指導結果	
吸入手技	デバイス操作の理解	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変
	吸入前の「息吐き」	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変
	吸入時の「速さ」と「深さ」	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変
	吸入後の「息止め」	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変
	吸入後の「うがい」	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変	□問題なし	□問題あり	□改善	□不変

	確認項目			前回との比較　前回評価日：　/			
自覚症状	咳	□なし	□あり	□新規	□改善	□不変	□悪化
	痰	□なし	□あり	□新規	□改善	□不変	□悪化
	息苦しさ	□なし	□あり	□新規	□改善	□不変	□悪化
	労作時の息切れ	□なし	□あり	□新規	□改善	□不変	□悪化
	日常生活の制限	□なし	□あり	□新規	□改善	□不変	□悪化

発作時薬の使用回数
1週間に＿＿＿＿回
1日に＿＿＿＿回

その他（特記事項、指導内容等）

【医療機関の記載欄】 ※返信の際にご活用ください。

□主治医に連絡しました。

□カルテに本情報を取り込みました。

□その他：

岐阜市薬剤師会 作成（ver.1.0）