

かかりつけ薬局様へ

・記入後は高岡ふしき病院薬剤部へ吸入指導実施報告書をFAXしてください。

かかりつけ薬局 → 高岡ふしき病院
FAX送付先：0766-44-1145

吸入指導実施報告書

高岡ふしき病院 患者ID: _____
患者氏名: _____

処方医: _____
処方せん発行日: R _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告理由

- 初回報告 経過報告(吸入指導回数 _____ 回目: 前回R _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- アドヒアランス不良 状態の悪化 (その他: _____)

吸入困難・デバイス変更等の緊急性がある場合は疑義照会をお願いします。(TEL/FAX 0766-44-1145)

確認項目


	製品名: _____			製品名: _____		
用法用量の理解があるか?	○	△	×	○	△	×
デバイス操作を理解しているか?	○	△	×	○	△	×
吸入前の「息吐き」は適切か?	○	△	×	○	△	×
吸入中の「速さ」と「深さ」は適切か?	○	△	×	○	△	×
吸入後の「息止め」は出来ているか?	○	△	×	○	△	×
うがいは出来ているか?	○	△	×	○	△	×
指導薬剤師からのコメント						

評価

- 問題なく使用可能。
 操作・手技などに不安や問題あり。今後も継続した指導が必要。
 操作に介助があれば吸入可能。
 デバイス専用補助器具などの使用をすすめた。
 デバイス変更があれば、よりよい吸入が可能。

推奨デバイス: _____

推奨選択理由: _____

- 吸入困難  疑義照会 済 未
- その他

吸入状況・副作用など吸入指導時にお気づきになられたことをご記載ください。

(報告元) かかりつけ薬局の名称: _____

担当薬剤師名: _____

2020年4月 高岡ふしき病院薬剤部