

# 【吸入指導評価表 Version 5】

調剤薬局で吸入指導後、必要事項を記入し当院へFAXして下さい。  
 吸入指導評価表は次回診察までに医師が確認します。  
 FAX番号:048-296-5719(埼玉協同病院 薬剤科)

指導日付: 年 月 日

患者名 患者ID番号

処方医師名

薬局名、担当薬剤師名、連絡先

## ◆吸入指導内容

指導 : 初回指導 継続指導( 回目)  
 対象者 : 本人 本人以外の方( 家族・ )

項目	薬剤名		
	1回目	2回目	3回目以降
練習器や実薬で指導(確認)			
口頭で指導(確認)			
スプレー使用			

## ◆吸入評価(できる、まあまあ・なんとかできる、難しい・できないの3段階評価)

デバイスの操作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
吸入前の息吐き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
吸入する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
吸入後の息止めと息吐き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
うがい(ステロイド薬含有時)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
吸入器の管理(残数管理を含む)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
薬剤の名前と用法用量が言える		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
薬効を理解している		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
発現しやすい副作用を理解している		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しい
SABA使用回数(過去1週間)			
発作の回数(過去1ヶ月)			
処方通りの吸入ができています (吸入コンプライアンス)		<input type="checkbox"/> 吸入できている	<input type="checkbox"/> 吸入できている
		<input type="checkbox"/> まあまあ(週 回忘れる)	<input type="checkbox"/> まあまあ(週 回忘れる)
		<input type="checkbox"/> できていない・使用していない	<input type="checkbox"/> できていない・使用していない

## ◆総合評価

吸入について	吸入手技 <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> なんとか理解できた	<input type="checkbox"/> 吸入できている <input type="checkbox"/> スプレー使用し吸入可 <input type="checkbox"/> 吸入に問題あり	<input type="checkbox"/> 吸入できている <input type="checkbox"/> スプレー使用し吸入可 <input type="checkbox"/> 吸入に問題あり
副作用の出現		口内炎 嘔声 尿閉 動悸 振戦 ( )	口内炎 嘔声 尿閉 動悸 振戦 ( )
吸入手技に不安を感じる点 (他剤への変更が望ましいときは直接疑義照会してください)	理由	理由	理由
継続指導の必要性			必要 不要

## ◆その他

↑ 1回では評価しきれない点もありますので、3回連続で評価をお願い致します。

～吸入指導評価表を受け取った先生へ 以下の返答欄にチェック及び必要に応じてコメントの記載をお願いします～

医師からの返答欄	<input type="checkbox"/> 報告書内容を確認しました。	<input type="checkbox"/> 報告書内容を確認しました。	<input type="checkbox"/> 報告書内容を確認しました。
医師からのその他コメント			