

C票 吸入指導報告書 ver 1.1

指導日 年 月 日

Fax送信先:市立青梅総合医療センター
地域連携室 0428-25-1854

患者ID:

患者名:

医療機関・科名:市立青梅総合医療センター

薬局名:

処方医:

薬局TEL:

処方日:

薬剤師名:

(評価:○できる・△確認が必要・×できない)

【薬剤理解】

初回 継続

- () 薬剤名が言える
- () 1回何吸入1日何回かわかる
- () 発作時/定期吸入薬か理解している
- () うがいの必要性を理解している
- () 保存方法を理解している

【手技評価】

	薬剤名①	薬剤名②	薬剤名③
①吸入の準備			
②息吐き			
③吸入			
④息止め(5秒間)			
⑤息吐き			
⑥後片付け			
⑦うがい			

該当項目にチェックしてください。

吸入手技・吸気流速に問題あり

副作用出現(尿閉・頻尿・振戦・動悸・嘔声・口渇・口腔違和感・その他)

同調吸入が難しいためスパーサーの使用を推奨(未使用・使用開始)

注意すべき併用薬あり()

処方変更の提案()

指導の結果:問題なし

【薬剤師から医師へ】

評価へのコメント