

# 吸入指導報告書(エアゾール+スプレー用)

診療科: \_\_\_\_\_

発行日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者ID: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

## <吸入手順>

○空噴霧(初回のみ): キャップを外し、吸入器をよく振った後、吸入器のポンベを押して空噴霧を行う

①スプレーを用意する。残量を確認し、キャップを外し、吸入器を良く振った後、スプレーを取り付ける。

②無理しない程度に「フー」と息を吐き出す

③スプレーの吸入口をくわえ、ポンベを押した後、2秒以上かけてゆっくり吸い込む(弁が患者側に倒れることを確認)

④スプレーの吸入口から口を離し、5秒程度息を止める

⑤息をゆっくりとはき出す

⑥使用後はキャップをする。

⑦吸入後は必ずうがいをする

指導対象者  本人  家族  その他( \_\_\_\_\_ )

併用薬剤の情報  NSAIDs   $\beta$  遮断薬

吸入補助具の使用  なし  あり(補助具の名前: \_\_\_\_\_ )

吸入薬による副作用  嘔声  口腔カンジタ  動悸・振戦  その他( \_\_\_\_\_ )

吸入指導の結果  問題なし  改善すべき点あり(問題のある番号: \_\_\_\_\_ )  
 吸入困難(疑義照会をお願いします)

## 担当薬剤師コメント

保険調剤薬局名: \_\_\_\_\_

担当薬剤師名: \_\_\_\_\_

## 患者記入欄

### 【喘息の方】

質問1.

この4週間に、喘息のせいで職場や家庭で思うように仕事ははかどらなかったことは時間的にどの程度ありましたか？

いつも(1)  かなり(2)  いくぶん(3)  少し(4)  全くない(5)

質問2.

この4週間に、どのくらい息切れがしましたか？

1日に2回以上(1)  1日に1回(2)  1週間に3~6回(3)  1週間に1、2回(4)  全くない(5)

質問3.

この4週間に、喘息の症状(ゼイゼイする、せき、息切れ、胸が苦しい・痛い)のせいで夜中に目が覚めたり、いつもより朝早く目が覚めてしまうことがどのくらいありましたか？

1週間に4回以上(1)  1週間に2、3回(2)  1週間に1回(3)  1、2回(4)  全くない(5)

質問4.

この4週間に、発作止めの吸入薬(サルブタモールなど)をどのくらい使いましたか？

1日に3回以上(1)  1日に1、2回(2)  1週間に数回(3)  1週間に1回以下(4)  全くない(5)

質問5.

この4週間に、自分自身の喘息をどの程度コントロールできたと思いますか？

全くできなかった(1)  あまりできなかった(2)  まあまあできた(3)  十分できた(4)  完全にできた(5)

質問6.

吸入器の使い方に不安はありますか？

なし  あり(具体的に記載 \_\_\_\_\_ )

## 保険薬局の方へ

この吸入指導報告書を諏訪中央病院(0266-71-2051)にFAXをお願い致します。