

吸入指導報告書(レスピマツ用)

診療科: _____

発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID: _____

患者名: _____

<吸入手順> (ポンベの装着は患者さんと、やり方を共有しながら薬剤師が行うようにしてください)
○空噴霧 キャップを閉じた状態で上向きにして持ち、透明ケースを矢印の方向にカチッと音がするまで180度回転させる
キャップを開け吸入口を下に向け噴霧ボタンを押しミスト(霧)が見えるのを確認後、キャップを閉じる
※空噴霧は4回繰り返してください。(5回目から吸入可能)
①残量を確認し、透明ケースを矢印の方向にカチッと音がするまで180度回転させた後、キャップを開ける
②無理しない程度に「フー」と息を吐きだす(吸入口には息を吹きかけない)
③吸入口をくわえ、噴霧ボタンを押すと同時に、2秒以上かけてゆっくり吸い込む
④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閉める
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 β遮断薬

吸入速度チェックキットによる吸気流速の確認 問題あり 問題なし

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つ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?
 全くできなかつた(1) あまりできなかつた(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。