

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

指導日: 薬剤師名 (印)	
<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再指導 ()回目	
<input type="checkbox"/> 本人に指導 <input type="checkbox"/> 本人以外[]に説明	
薬効分類	
薬剤名	
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい)	
デバイスの操作	◎ ○ △
吸入前の息吐き	◎ ○ △
吸入時の姿勢と吸入のタイミング	◎ ○ △
吸入後の息止めと息吐き	◎ ○ △
うがいはできているか	◎ ○ △
吸入器の管理(残数管理を含む)	◎ ○ △
継続(再)指導の必要性	◎ ○ △
使用薬剤の名前と用法用量が言える	◎ ○ △
コントロール薬と発作時薬の使い分け	◎ ○ △
副作用についての理解	◎ ○ △
副作用出現	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> その他()
<指導に対する理解の程度>	

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

指導日: 薬剤師名 (印)	
<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再指導 ()回目	
<input type="checkbox"/> 本人に指導 <input type="checkbox"/> 本人以外[]に説明	
薬効分類	
薬剤名	
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい)	
デバイスの操作	◎ ○ △
吸入前の息吐き	◎ ○ △
吸入時の姿勢と吸入のタイミング	◎ ○ △
吸入後の息止めと息吐き	◎ ○ △
うがいはできているか	◎ ○ △
吸入器の管理(残数管理を含む)	◎ ○ △
継続(再)指導の必要性	◎ ○ △
使用薬剤の名前と用法用量が言える	◎ ○ △
コントロール薬と発作時薬の使い分け	◎ ○ △
副作用についての理解	◎ ○ △
副作用出現	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> その他()
<指導に対する理解の程度>	

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

指導日: 薬剤師名 (印)	
<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再指導 ()回目	
<input type="checkbox"/> 本人に指導 <input type="checkbox"/> 本人以外[]に説明	
薬効分類	
薬剤名	
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい)	
デバイスの操作	◎ ○ △
吸入前の息吐き	◎ ○ △
吸入時の姿勢と吸入のタイミング	◎ ○ △
吸入後の息止めと息吐き	◎ ○ △
うがいはできているか	◎ ○ △
吸入器の管理(残数管理を含む)	◎ ○ △
継続(再)指導の必要性	◎ ○ △
使用薬剤の名前と用法用量が言える	◎ ○ △
コントロール薬と発作時薬の使い分け	◎ ○ △
副作用についての理解	◎ ○ △
副作用出現	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> その他()
<指導に対する理解の程度>	

吸入指導評価報告書 八尾薬業連携 2020.03作成

指導日: 薬剤師名 (印)	
<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再指導 ()回目	
<input type="checkbox"/> 本人に指導 <input type="checkbox"/> 本人以外[]に説明	
薬効分類	
薬剤名	
<input type="checkbox"/> 練習器/実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい)	
デバイスの操作	◎ ○ △
吸入前の息吐き	◎ ○ △
吸入時の姿勢と吸入のタイミング	◎ ○ △
吸入後の息止めと息吐き	◎ ○ △
うがいはできているか	◎ ○ △
吸入器の管理(残数管理を含む)	◎ ○ △
継続(再)指導の必要性	◎ ○ △
使用薬剤の名前と用法用量が言える	◎ ○ △
コントロール薬と発作時薬の使い分け	◎ ○ △
副作用についての理解	◎ ○ △
副作用出現	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> その他()
<指導に対する理解の程度>	