

吸入指導評価表

(服薬情報等提供書)

【薬剤理解評価】

内容	評価/説明
定時吸入薬、臨時吸入薬の使い分けができる	○・△・×
保存法を理解している	○・△・×

SABAの使用回数	回/日	回/週	回/月
-----------	-----	-----	-----

※SABAの使用頻度はコントロール状態を確認の為に重要な情報になりますので可能な限りご確認下さい。

【手技評価】

手順	薬品1		薬品2		薬品3		SABA 短時間作用性β2刺激薬 メプチン サルタノール	
	□新規処方 □継続処方		□新規処方 □継続処方		□新規処方 □継続処方		□新規処方 □継続処方	
薬の準備	○・△・×		○・△・×		○・△・×		○・△・×	
息吐き	○・△・×		○・△・×		○・△・×		○・△・×	
吸入(深さ・速さ)	○・△・×		○・△・×		○・△・×		○・△・×	
息止め(pMDI)	○・△・×		○・△・×		○・△・×		○・△・×	
後片付け	○・△・×		○・△・×		○・△・×		○・△・×	
うがい	○・△・×		○・△・×		○・△・×		○・△・×	
継続指導の必要性	有・無		有・無		有・無		有・無	
再指導の希望(患者)	有・無		有・無		有・無		有・無	

<評価表の記載方法>

☆指導日、指導回数を記載する

☆薬剤理解評価と手技評価を行う

○できる △確認が必要 ×できない

☆医師への照会事項、連絡事項の該当項目を記入する

☆右記医療機関にFAX送信する

患者ID:

患者氏名:

年齢:

生年月日:

性別:

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

本指導箋を用いた指導回数 _____ 回目

// 前回指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局に
て保管

FAX送信先

医療機関名

担当医師名

FAX:

TEL:

該当する項目にチェックを入れて詳細を記入してください

※下記項目及び医師への特記事項のうち得られた情報を記載し報告する事で服薬情報等提供料を算定する事が出来ます。

<医師への照会事項>

吸入手技・吸気流速に問題あり⇒処方変更: 無・有()

副作用出現時(尿閉・振戦・動悸など)

⇒処方変更: 無・中止・有(変更内容)

<医師への連絡事項>

同調吸入が難しいため、スプレーの使用を勧めました

副作用の出現: 無・有(口渇・頻尿・嘔声・口腔内違和感・その他

< >)

併用薬剤(OTC・サプリメントを含む)コピー添付可

薬剤師より医師へ/特記すべき事項(家族・介護者からの情報含む)

薬局名:

担当薬剤師: