**吸入指導評価表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 医療機関名 |  |
| 担当医師名 | 先生　御机下 |
| 患者情報 | 氏名（医療機関ID） | 様  （ID：　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| 指導対象 | ご本人・ご家族・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬 剤 名 |  |

【薬効理解評価】　　　　　　　　　　　　　　【手技評価】

|  |  |
| --- | --- |
| 内　容 | 評　価 |
| ①薬　　品　　名 | ○・△・× |
| ②薬　の　役　割 | ○・△・× |
| ③用　法　・　用　量 | ○・△・× |
| ④うがいの必要性 | ○・△・× |
| ⑤保　存　方　法 | ○・△・× |
| ⑥発作の回数  （過去1ヶ月） | 回 |

|  |  |
| --- | --- |
| 内　容 | 評価／説明 |
| ①薬の準備 | ○・△・× |
| ②息 吐 き | ○・△・× |
| ③吸　う | ○・△・×  ｽﾍﾟｰｻｰ使用：あり・なし |
| ④息 止 め | ○・△・× |
| ⑤後片付け | ○・△・× |
| ⑥う が い | ○・△・× |

（評価方法：○できる、△確認が必要、×できない）

【薬剤師コメント】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【吸入コンプライアンス（2回目以降）　　良好・不良　】

保険薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（TEL：　　　　　 - 　　　　-　　　　　　　　　）

指導薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞　　指導日：　　　 　　　　　年 　　　月 　　　日