

吸入指導評価表の記入方法について

- 薬局は、患者さんが持参した評価表に手書き、または様式を会ホームページ等からダウンロードして、パソコン入力後、印刷して Fax 送信をさせていただきます。

※2：評価は、○・△・×にマルをつけて評価します。2回目以降は吸入コンプライアンスも評価します。

※1：同姓同名の患者との間違いを防ぐために、医療機関専用のID番号も記載します。

吸入指導評価表

医療機関	医療機関名	
	担当医師名	殿
患者情報	氏名(医療機関ID)	(ID:)様
	指導対象	ご本人・ご家族・その他()
	薬剤名	

【薬効理解評価】

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ヵ月)	回

(評価方法：○:できる △確認が必要 ×できない)

【手技評価】

内容	評価/説明
① 薬の準備	○ △ ×
② 息吐き	○ △ ×
③ 吸う	○ △ × スプレー使用:あり/なし
④ 息止め	○ △ ×
⑤ 後片付け	○ △ ×
⑥ うがい	○ △ ×

【薬剤コメント】

※3：医師への報告事項を記載します。また、指導を行わなかった、指導を拒否された場合の理由を記載するときも使用します。

【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: _____ 印 指導日: _____ 年 月 日