**宛先**

**報告者**

**市立池田病院**

〒563-8510 大阪府池田市城南3丁目1番18号

**吸入薬指導報告書**

TEL：072-751-2881 / FAX：072-754-6374

**患者情報**

 / 病院 ID： 吸入薬 開始 / 切替 日：

患者氏名： 様 指導対象吸入薬：

生年月日： 吸入回数 ： １日 回、１回 吸入

吸入指導日： 発作時の吸入指示： 無 / 有：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **指導内容** | **患者の理解度** | **備考** |
| 吸入の必要性を説明 | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 薬効・副作用についての説明 | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 用法(吸入回数)の説明 | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| デバイスの準備操作 | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 吸入口に息をかけていないか | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 姿勢やデバイス位置が適切か | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| ホー吸入 | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 吸入力や深さは十分か | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 息止めが出来ているか | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 吸入後のうがい | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| コンプライアンス確認 | □良好 □要注意 □未習得 |  |
| 練習キット使用 | □あり　□なし | 補助具 | □あり　□なし | 家族等の協力 | □あり　□なし |
| その他特記事項 |  |

吸入指導回数： 初回 / 回目 副作用・アレルギー： 無 / 有：