

吸入薬指導報告書

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

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： _____

吸入指導回数： 初回 / 回目

副作用・アレルギー： 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				