**吸入薬確認シート**

**お名前**

使用するお薬：

様 使い方 ： １日 回、１回 吸入

副作用・アレルギー： 無 / 有： 発作時の使い方： 無 / 有：

吸入薬は息苦しくならないよう、予防的に使用を続けるお薬です。症状が無いからといって自己判断で使用を止めると、知らないうちに状態が悪化してしまうおそれがあります。

継続が難しい場合や、使用を止めてしまっている場合は、一人で抱え込まず医療従事者へご相談下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **評価項目** | | **ご自身の評価 / 薬剤師の評価** |
| お薬の効果を説明出来ますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 使い方を正しく憶えていますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 吸入前の準備は滞りなく行えますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 吐息を吸入器に吹きかけていませんか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 吸うときの姿勢を正しく保持出来ますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 吸うときは口の中に十分な空間を作れていますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 一息で勢い良く、深く吸えますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 吸った後に5秒間、息を止められますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 吸入後のうがいを忘れてしまいませんか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 使用後は吸い口をきれいに掃除していますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 定期的に吸入器を洗浄していますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| お薬の使い終わりや交換時期を知っていますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| 治療日記をつけていますか？ | | □はい □自信が無い □いいえ |
| **薬剤師からのアドバイス** |  | |
|  | | |

薬局/医療機関/施設名：