

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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
使い方を正しく憶えていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
吸入前の準備は滞りなく行えますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
吐息を吸入器に吹きかけていませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
吸うときの姿勢を正しく保持出来ますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
一息で勢い良く、深く吸えますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
吸った後に5秒間、息を止められますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
吸入後のうがいを忘れてしまいませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
使用後は吸い口をきれいに掃除していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
定期的に吸入器を洗浄していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
お薬の使い終わりや交換時期を知っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
治療日記をつけていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自信が無い <input type="checkbox"/> いいえ
薬剤師からのアドバイス	

薬局/医療機関/施設名： _____