

吸入指導報告書

実施日： 年 月 日

患者氏名： _____

薬局名： _____

ID： _____

Tel： _____

担当薬剤師： _____

・吸入指導方法 デモ機 実薬 口頭 その他 ()

・指導対象者 本人 その他 ()

・吸入指導評価 ※ ○：正しくできる △：できているが再確認必要 ×：できない

薬剤名			
指導回数	() 回目	() 回目	() 回目
デバイスの操作			
吸入前の息吐き			
吸入			
吸入後の息止め			
うがい			
吸入器の管理 (残数も)			
継続指導の必要性	必要 不要	必要 不要	必要 不要
用法用量の理解	有 無	有 無	有 無

・副作用 なし
あり 口腔カンジダ 嘔声 動悸 振戦 口渇 尿閉
その他 ()

・補助具 なし
あり ()

・備考欄 (指導時に気付いた点、問題点等)

ご記入後は当院薬剤部 Fax (0884-28-6061) まで送信をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

阿南医療センター