



名古屋市立大学病院の先生へ 吸入指導に係る情報提供書

処方診療科 _____ 科 _____ 医師氏名 _____ 医師 _____

患者氏名 _____ (ID _____)

薬局 _____ 薬局 _____ 薬剤師氏名 _____ 薬剤師 _____

下記の吸入指導を行いましたので、情報提供いたします。

吸入薬： _____ エアロスフィア/エアゾール

吸入器変更について

考慮した方がよい ・ 必要性なし

【詳細な吸入評価】 ×；できない、△；やや不安、○；できる

薬剤名		
吸入アドヒアランスが保たれている		
吸入回数が理解できる		
吸入前にポンベを振ることができる		
吸入前のポンベの向きを正確に構えることができる		
吸入口をしっかりとくわえることができる		
噴霧時に呼吸を合わせることができる (薬液を漏らさず吸入できる)		
吸入後の息止めができる		
うがいができる		
残量の確認ができる		
保管・洗浄方法を理解できる		
スパーサーが必要な場合は使用ができる		

特筆事項

医師の先生へ

吸入指導が不要な場合、薬局までお電話にてご連絡ください。連絡先：