



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： _____ ブリーズヘラー

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		
吸入速度が保たれている		
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		
吸入薬のセットができる		
吸入口をしっかりとくわえることができる		
カプセルの振るえ音がならない場合の対応ができる		
吸入後の息止めができる		
カプセルを手で触れずに捨てることができる		
うがいができる		
保管・洗浄方法を理解できる		

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：