



# 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： タービュヘイラー  
/ ツイストヘラー

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 (練習笛が鳴ることが確認できる)		
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		
空気口を手でふさがない		
吸入タイミングが合っている		
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		

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：