



FAX: 仙台市立病院薬剤科 022-308-9923

仙台市立病院 御中

報告日: 年 月 日
処方箋発行日: 年 月 日

吸入指導報告書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID:	電話番号:
患者名 :	FAX番号:
	担当薬剤師名:

指導を受けた方: ご本人 ご家族 介護関係者 その他()記入法: できる 確認が必要 できない(問い合わせ必要)

【吸入手技の評価】

項目	薬剤名			指導日					
	/	/	/	/	/	/	/	/	/
デバイスの操作									
吸入前の息吐き									
吸入する									
吸入後の息止めと息吐き									
吸入器の管理									

【吸入療法の理解】

項目	指導日		
	/	/	/
使用薬剤の名前と用法・用量			
コントロール薬と発作時薬の使い分け			
副作用について			
うがいの必要性			

【医師への連絡事項】

総合評価 問題なく吸入可能
吸入手技に問題あるが指導で対応可能
吸入困難⇒疑義照会后、処方に変更がある場合は疑義照会票もご送付下さい。

- 練習器・実薬を用いて吸入して頂きました
 口頭で確認しました
 スペーサー () を使用しました
 副作用が出現しました【症状: 口内炎・嘔声・尿閉・口渇・動悸・振戦・その他()】
 特記事項()