

吸入指導実施報告書

患者氏名

ID

薬局名

担当薬剤師

指導回数

☐初回

☐継続（

回目）

実施日

年

月

日

指導内容

☐練習器、説明書を使用

☐説明書を使用

☐実薬を使用

☐口頭で確認

◆吸入手技の評価

	評価			備考
吸入器の準備	良	可	不可	
息吐き	良	可	不可	
吸入	良	可	不可	
息止め	良	可	不可	
うがい	良	可	不可	

◆吸入方法の理解

	評価			備考
薬剤名を言える	良	可	不可	
1日に吸入する回数を言える	良	可	不可	
1回に吸入する回数を言える	良	可	不可	
残りの回数を確認できる	良	可	不可	

◆アドヒアランス

	評価		忘れる頻度
処方通り使用している	良好	不良	

◆医師への連絡事項