吸入指導評価表

B

＜FAX送信先＞
医療機関名称

FAX：

TEL：

＜FAX送信元＞
情報提供元保険薬局の所在地及び名称

FAX：
TEL：
保険薬剤師名：

患者ID　：　　患者氏名　：

生年月日　：　　年齢（　　）　　性別　：男　・　女

指導日　：　　年　　月　　日

本指導箋を用いた指導回数　：　　回目

（本指導箋前回指導日　：　　年　　月　　日）

≪評価表の記載方法≫
1. 指導日、指導回数を記載する
2. 【手技評価】を行う
　評価方法：　○　できる
　　△　確認が必要
　　×　できない
※初回の場合は、説明後に出来ることを確認したらレ点を入れる
3. ＜医師への連絡事項＞の該当項目、＜薬剤師から医師へ＞の欄を記入する
4. 上記医療機関にFAX送信する

【手技評価】

手順	薬品名［　］□新規 □継続	薬品名［　］□新規 □継続	薬品名［　］□新規 □継続	薬品名［　］□新規 □継続
①薬の準備				
②息吐き				
③吸入				
④息止め				
⑤息吐き				
⑥後片付け				
⑦うがい				
継続指導の必要性	有・無	有・無	有・無	有・無

＜医師への連絡事項＞　☑ 該当する項目にチェックを入れて詳細を記入して下さい

□ 吸入手技･吸気流速に問題あり（　　）
□ 副作用あり：口喝・頻尿・嗄声・口腔内違和感・その他（　　）
□ 注意すべき併用薬剤（OTC・サプリメントを含む）：薬剤名（　　）

＜薬剤師から医師へ＞　上記以外で気になる事項など自由に記入してください

［　　］

Ver.202011