

吸入指導実施報告書・情報提供書

科	保険薬局
先生御机下	TEL :
患者ID 患者氏名	FAX : 薬剤師氏名
処方日: 月 日 指導日: 月 日	指導・確認対象者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他(関係:)

処方薬剤のコンプライアンス及びそれに対する指導に関する情報 (初回 ・ 継続)

吸入薬	薬剤名		
	用法(吸入回数)を答えられるか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	デバイス操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入前の息はき時、吸入口に息がかからない様にできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入の強さは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入後の息止めは出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	うがいは出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	指導薬剤師からのコメント		

説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input type="checkbox"/> 口頭指導	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施
	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 動画使用	<input type="checkbox"/> その他 ()

報告内容

吸入状況 再確認の必要性 あり

<input type="checkbox"/> 問題なく使用可 使用可と判断した理由	<input type="checkbox"/> 製薬会社提供のトレーナーで笛が鳴った <input type="checkbox"/> 実際に吸入してもらった (吸い残しがない・濃い布を当て吸入確認・エアーもれなし・ミストもれなし) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 介助あれば吸入可能 <input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能 <input type="checkbox"/> デバイス変更があれば吸入可能 推奨デバイス: _____	<input type="checkbox"/> 何度か練習すれば、なんとか自分で吸入可能 <input type="checkbox"/> 吸入困難 (推奨理由:)
<input type="checkbox"/> スペーサー使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

喘息コントロールテスト (ACT) ※ 過去4週間の状況で確認 (点数が高い方が調子が良い)

喘息による職場や家庭で仕事が
妨げなかった時間 1. いつも 2. かなり 3. いくぶん 4. 少し 5. 全くない

息切れの頻度 1. 1日に2回以上 2. 1日に1回 3. 1週間に3~6回 4. 1週間に1, 2回 5. 全くない

喘息の症状による夜間や早朝の覚醒 1. 1週間に4回以上 2. 1週間に2, 3回 3. 1週間に1回 4. 4週間に1, 2回 5. 全くない

発作止めの吸入薬の使用頻度 1. 1日に3回以上 2. 1日に1, 2回 3. 1週間に数回 4. 1週間に1回以下 5. 全くない

喘息コントロール程度 1. 全くできず 2. あまりできず 3. まあまあ 4. 十分できた 5. 完全にできた

ACT 点

COPDアセスメントテスト (CAT ※ 0~5点で評価 (点数が低い方が調子が良い))

全く咳が出ない ← 0 1 2 3 4 5 →	家での普段の生活が制限されることはない ← 0 1 2 3 4 5 →	家での普段の生活が非常に制限される ← 0 1 2 3 4 5 →
いつも咳が出ている	肺の状態が気にせずに出歩ける ← 0 1 2 3 4 5 →	肺の状態が気になって外出ができない ← 0 1 2 3 4 5 →
全く痰の詰まった感じがしない ← 0 1 2 3 4 5 →	非常に息苦しい	よく眠れる ← 0 1 2 3 4 5 →
いつも痰の詰まった感じがする	とても元気だ ← 0 1 2 3 4 5 →	肺の状態が気になってよく眠れない
全く息苦しくない ← 0 1 2 3 4 5 →	坂や階段を上ると非常に息切れする	全く元気がない

CAT 点