金沢大学附属病院 呼吸器内科 医師　　　　　　　　　 宛

（ID：　　　　　　　　 ）

**吸 入 指 導 評 価 表**

患者氏名： 　　　　　　　性別；　　　生年月日：　　　　年　　月　　日

指導日：令和 　年　 　月　 日、指導回数（ 　　回目）、前回指導日（　 　 年　 月 　 日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　薬　品　名手　技 | □新規、□継続(薬品名１記載) | □新規、□継続(薬品名２記載) | □新規、□継続(薬品名３記載) |
| ①吸入回数が分かる |  |  |  |
| ②吸入器具の正しい取扱ができる |  |  |  |
| ③薬の残量確認、準備ができる |  |  |  |
| ④吸入前の息吐きができる |  |  |  |
| ⑤深く正しく吸入できる |  |  |  |
| ⑥吸入後、5～10秒間息止めができる |  |  |  |
| ⑦吸入後、息をゆっくり吐き出せる |  |  |  |
| ⑧吸入後、うがいを３回できる |  |  |  |

〇（できる）、△（今後も確認が必要）、×（できない）の３段階でご記入ください。

**＜医師への連絡事項＞**　　（※緊急時は病院へ疑義照会をしてください）

|  |
| --- |
|  |

保険薬局名　　　　　　　　　　　　　　　薬局

保険薬剤師氏名

TEL(FAX)番号