

吸入指導評価表

院外薬局→医師

| | | |
|------|------------|--------------------|
| 医療機関 | 医療機関名 | JA吉田総合病院 |
| | 担当医師名 | 医師 |
| 患者情報 | 氏名（病院でのID） | 様（ID： ） |
| | 指導対象者 | ご本人 ・ ご家族 ・ その他（ ） |
| | 薬剤名 | 薬品①： 薬品②： |

【薬効理解評価】 ※該当するものに○を付ける（未確認の理由も記入）

＜評価方法＞ ○：できる △：確認が必要 ×：できない 未：未確認

| 内容 | 評価 | |
|-------------|-----|-----|
| | 薬品① | 薬品② |
| 薬の役割がわかる | | |
| 用法・用量がわかる | | |
| うがいの必要性がわかる | | |
| 保存方法がわかる | | |

※未確認の理由

- 患者が拒否された
 繁忙でできなかった。
 確認は必要ないと判断
 その他

（ ）

【手技評価】

＜評価方法＞ 器具を用いて評価 口頭で評価

○：できる △：確認が必要 ×：できない 未：未確認

| 内容 | 評価 | |
|--------|----------------------------|-----|
| | 薬品① | 薬品② |
| ① 薬の準備 | | |
| ② 息吐き | 無理をしない程度に十分に息を吐き出すことができる | |
| ③ 吸入 | 吸入口をくわえ、深く息を吸い込むことができる | |
| ④ 息止め | 吸入口から口を離し、できるだけ息を止めることができる | |
| ⑤ 息吐き | 息をゆっくり吐きだすことができる | |
| ⑥ 片付け | | |
| ⑦ うがい | | |

※未確認の理由

- 患者が拒否された
 繁忙でできなかった。
 確認は必要ないと判断
 その他

（ ）

| | |
|--------|-----------|
| 補助具の有無 | 無 ・ 有 （ ） |
|--------|-----------|

【医師への連絡事項】

| | | |
|-------------|------|-------|
| 吸入コンプライアンス： | 良 | 不良 |
| 残薬の有無 | ： あり | なし |
| 副作用 | ： なし | あり（ ） |
| その他 | | |

| | |
|--------|--------------|
| 保険薬局名： | （TEL： ） |
| 指導薬剤師： | 印 指導日： 年 月 日 |

トレーシングレポート

JA吉田総合病院 薬剤科 2021/7/1月作成

返信先：吉田総合病院薬剤科 FAX:0826-47-0008 又は薬局窓口まで直接お持ちいただいても結構です