

FAX : 0185-54-7892 (代表)



独立行政法人地域医療機能推進機構秋田病院

吸入指導報告書

報告日 : _____年____月____日

処方医 科 先生 御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	TEL:
患者名 :	FAX :
	担当薬剤師 : 印

処方箋に基づき調剤を行い、吸入指導を行いましたので、その結果を報告します。

指導年月日 : _____年____月____日 初回 ・ 継続 (_____ 回目)

吸入手技評価

《吸入手技評価》 ○…できる △…確認が必要 ×…できない

項目 \ 薬品名		
薬の準備	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×
吸入前の息吐き	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×
吸入	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×
吸入後の息止めと息吐き	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×
吸入後のうがい	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×
吸入薬の管理 (残薬管理含む)	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ×
継続指導の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
総合評価	<input type="checkbox"/> 問題なく吸入可能 <input type="checkbox"/> 吸入手技に問題あり <input type="checkbox"/> 吸入困難	<input type="checkbox"/> 問題なく吸入可能 <input type="checkbox"/> 吸入手技に問題あり <input type="checkbox"/> 吸入困難
医師への連絡事項		

〈注意〉 急を要する時には直接電話で疑義照会をお願いします。