

吸入指導チェック報告書 (調剤薬局⇒刀根山病院FAX:06-6853-3127)

薬局名:
店名:
指導薬剤師名:



患者ID:
患者名:
担当医師:

エアロチャンバー吸入指導チェック表

ID:

患者名:

用法用量:(朝 : 昼 : 夕 : 眠前) 吸入

「		」	指導日					
①薬の効果を説明								
②用法用量を説明								
③使用可能回数 交換日を説明		使用回数を超えてもガスは出るが 徐々に薬は含まれなくなる						
(注意点)								
初 回 準 備	④空噴霧	初めて使用する場合や、間隔があいている 場合は、デバイスに応じた空噴霧を行なう						
吸 入 手 順	⑤吸入器を振る	ガスと薬が均一に混ざるようしっかり振る						
	⑥デバイスの取り付け	補助器内に異物がないか確認する 奥までしっかりデバイスを押しこむ						
	⑦息吐き	苦しくない程度に息を吐く						
	⑧補助具をくわえる	息をとめたまま、しっかりとくわえる						
	⑨ポンベを押す	ポンベを1回押す (2吸入以上の場合1押し分ずつ吸入する)						
	⑩薬の吸入	ホイッスル音が鳴らないような速さで ゆっくり深く 吸い込む ホイッスルが鳴ればもう少しゆっくり吸いこむ						
	⑪息止め	苦しくない程度に できるだけ長く止める (5秒程度)						
	⑫息吐き	鼻からゆっくりと息を吐き出す						
	⑬1回2吸入以上の場合は⑦～⑫を繰り返す							
⑭うがい	ガラガラ・ブクブクうがいを各3回ほど行う							
⑮保管・お手入れの説明		補助器の洗浄について説明 (帯電防止処理について説明)						
			確認者名					

◎正しくできる ○できているが再確認必要 △できない

補助資材



エアロチャンバー

特記事項

Blank area for special notes.