

# 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 \_\_\_\_\_

薬剤名 \_\_\_\_\_

薬剤名 \_\_\_\_\_

指導内容			指導内容		
指導日	年 月 日		指導日	年 月 日	
指導回数	初回	回目	指導回数	初回	回目
指導方法	<input type="checkbox"/> 実薬を吸入しての指導 <input type="checkbox"/> デモ器を用いて指導 <input type="checkbox"/> 口頭のみで指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )		指導方法	<input type="checkbox"/> 実薬を吸入しての指導 <input type="checkbox"/> デモ器を用いて指導 <input type="checkbox"/> 口頭のみで指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
指導結果		再確認	指導結果		再確認
薬のセット	○ △	要 否	薬のセット	○ △	要 否
息吐き	○ △	要 否	息吐き	○ △	要 否
吸入	○ △	要 否	吸入	○ △	要 否
息止め	○ △	要 否	息止め	○ △	要 否
うがい	○ △	要 否	うがい	○ △	要 否
残数チェック	○ △	要 否	残数チェック	○ △	要 否
吸入回数	○ △	要 否	吸入回数	○ △	要 否
特記事項			特記事項		

副作用発現

- 嘔声   
  口内炎   
  口渇   
  動悸   
  振戦   
  その他

( )