吸入指導評価票（薬剤師→医師） pMDI 用

実施日：平成　　年　　月　　日

患者名		ID	

宛先医療機関名	東京大学医学部附属病院	科名		担当医師名	
薬局名				担当薬剤師名	
TEL：　　FAX：					

【指導回数】

☐ 初回　☐ 継続

【説明の内容】（複数選択可）

☐ 吸入説明書の提供　☐ 口頭にて説明　☐ 吸入説明書にて説明　☐ 動画

☐ 薬剤師による実演　☐ 患者さんによる吸入実施

【疾患・薬剤に関する認識度】　認識度　○：分かる　△：次回確認が必要　×：分からない

内容	評価
疾患（病態）についてわかる	
薬剤名・薬効がわかる	
用法・用量がわかる	
継続治療の必要性がわかる	

【手技に関する理解度】　評価方法　○：できる　△：次回確認が必要　×：できない

内容		薬剤名（　　）	薬剤名（　　）
器具の操作			
振る			
吸入前の息吐き			
吸入動作			
吸入速度（深く、ゆっくり吸う）			
息止め（3～4 秒程度）			
息吐き			
うがい	口の中（くちゅくちゅ）		
	のど（がらがら）		
その他			
継続指導の必要性		有　・　無	有　・　無

【医師への連絡事項】

☐ 併用薬剤等（　　）

☐ 副作用等（　　）

☐ 残薬の　有　・　無

☐ 吸入指導する上で問題があった

☐ その他、特記事項

※個人情報の取り扱い：　個人情報の保護に関する法律、個人情報に関する関連諸法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。

東京大学医学部附属病院