**吸入指導報告書（エアゾール）**

医療機関名

**FAX :**

年　　　　　月　　　　　日

**患者氏名：**

担当薬局：　　　　　**加藤医院**　　　　　　　担当薬剤師名：

指導を受けた方

□ご本人 　　□ご家族 　　□その他

**チェックリスト（原則として、患者に実際に使用してもらって判断してください）**

薬の準備　　□使い始め、数日使わなかったときは試し噴霧を数回行う。

□カウンターで残量を確認できる。

□キャップを外し、吸入器を振り、薬剤と噴霧ガスを均一にすることができる。

□吸入器の向きを正しく持てる（吸入口が下に、常に垂直に持つ）。

吸入　　　　 □吸入前の息吐きができる。

□クローズドマウス法で行うときは、歯で軽く吸入口をくわえる。

□ボンベを押すと同時のタイミングで吸入を行える。

□3秒以上かけて吸い込める。

□5秒間の息止めができる。

□吸入後の息吐きができる。

片付け □吸入口をふき取る。

□使用後はキャップを閉める。

うがい 　　　 □うがいができる。(　実演　・　口頭注意　)　どちらかに〇をつけてください

□うがいの必要性を理解している。

残薬確認 □次回受診日に吸入薬のデバイスを持参するように説明する。

使用中または今回使用を追加した補助器具にチェック☑して下さい。

□スペーサー 　　□噴霧補助器具 　　□練習用プラセボ吸入器

□マウスピース　 　□拡大レンズ 　　□確認シール 　　□残量計

このデバイスを使用した治療は継続可能ですか。 　□可能　　□不可

⇒不可理由（デバイス変更は電話にて疑義照会してください。）

 特記事項（指導が実施できなかった場合など、トラブルや不備があればそちらも記載して下さい。）