**吸入指導報告書（エリプタ）**

医療機関名

**FAX :**

年　　　　　月　　　　　日

**患者氏名：**

担当薬局：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　□カウンターで残量を確認できる。

□カウンターを手前にして、カチッと音がするまでカバーを開けられる。

吸入　　　　 □持っているときに通気口を塞いでいない。

□吸入前の息吐きができる。

□ホイッスルが鳴る。（吸入に必要な吸気流速がある。）

□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。

□使用後はカバーを閉める。

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。

□練習用プラセボ吸入器 　□エリプタトレーナー（笛）

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。）