**吸入指導報告書（ツイストヘラー）**

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　　□目盛りで残量を確認できる。

□吸入器をまっすぐ立てて持つことができる。

□キャップをカチッと音がするまで左に回すことができる。

□上に引くようにしてキャップを外す（薬剤を充填する）ことができる。

吸入　　　　 □吸入前の息吐きができる。

□吸入口をくわえ、２秒以上かけてゆっくり吸い込むことができる。

□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 □キャップを閉める前に吸入口をふき取る。

□キャップポインターと矢印を重ねる様にキャップをすることができる。

□カチッと音がするまで、少し力を入れ押しながら右にキャップを回すことができる。

□キャップポインターとカウンターの位置が合っている。

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。

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。）