

調剤薬局 ⇒ 芦屋中央病院 吸入指導報告書

【 年 月 日】

【 調剤薬局 FAX番号】

患者名		【 】
生年月日		【 年 月 日】
【吸入薬 確認事項】		
1	自分が使用する吸入薬の名前を正しく言えるか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
2	吸入薬を正しく操作することができそうか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
3	吸入回数、吸入量をしっかり理解できているか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
4	吸入後の息止めをすることができるか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
5	吸入薬(エアータ입)の場合、タイミングを合わせることは可能か？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
6	吸入薬(粉タイプ)の場合、しっかり吸い込めているか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
7	補助具使用の場合、きちんとした使用ができているか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
8	吸入後のうがい等の対応を理解できるか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		【 】
【備考】 その他の患者状況について		

]