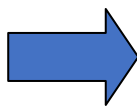


吸入指導チェック報告書

(調剤薬局⇒刀根山病院 FAX:06-6853-3127)

薬局名:
店名:
指導薬剤師名:



患者 ID:
患者名:
担当医師名:

【エアゾール】吸入指導チェック表

ID:

患者名:

朝 昼 夕 眠前

用法用量:(: :) 吸入

フルタイムエアゾール ・ アドエアエアゾール ・ フルティフォーム
指導日

/	/	/	/	/
---	---	---	---	---

①薬の効果の説明						
②用法用量の説明						
③使用可能回数 交換日を説明	使用回数を超えてもガスは出るが 徐々に薬は含まれなくなる。 アドエアはカウンター付 フルティフォームは吸入残量により カウンターの背景色が変わる					
(注意点)						
初 回 準備	④空噴霧	4 回空噴霧を行う(フルタイムエアゾールは不要) フルティフォーム:3 日以上使用しなかった 場合に 4 回空噴霧。 アドエア:1 週間以上使用しなかった 場合に 2 回空噴霧。				
吸 入 手 順	⑤吸入器を振る	ガスと薬が均一に混ざるようしっかり振る				
	⑥息吐き	苦しくない程度に息を吐く				
	⑦吸入器を くわえる	吸入口を、軽く歯で噛んでくわえる				
	⑧薬の吸入	息を吸い始めると同時に 1 回ポンベを押して、 ゆっくり深く 吸い込む				
	⑨息止め	苦しくない程度に できるだけ長く止める (5 秒程度)				
	⑩息吐き	鼻からゆっくりと息を吐き出す				
	⑪1 回 2 吸入以上の場合は⑤～⑩を繰り返す					
⑫うがい	ガラガラ・ブクブクうがいを各 3 回ほど行う					
⑬保管・お手入れの説明	ポンベに水をかけない					
		確認者名				

◎正しくできる ○できているが再確認必要 △できない

補助資材

(フルティフォーム)
模擬薬とフルブッシュ



(アドエア・フルタイムエアゾール)
模擬薬とヘラーエイド



特記事項