

フルティフォーム® 吸入指導Check List (スパーサーを使用する場合)

患者名 (ID): _____

担当医名: _____

施設名: _____

薬局名: _____

担当薬剤師サイン

指導・確認対象者

日付

本人・その他	本人・その他	本人・その他	本人・その他
/	/	/	/

1. 指導者の実施状況確認項目 (初回・必要時)

	初回	2回目	3ヵ月後	4回目
吸入療法の必要性・重要性について説明 (医師からの説明の有無を確認)				
吸入薬の薬効、副作用、用法・用量等の説明				
SABAの使用方法について説明				
吸入指導者によるデモンストレーションの実施				
吸気流速の確認				

2. デバイスに関する患者さんの習得状況確認項目 (初回・2回目・3ヵ月後・必要時)

	初回	2回目	3ヵ月後	4回目
セット 操作	吸入口のキャップを外している			
	4回空噴霧している (新しい吸入器を使用する、または3日以上使用していない場合)			
	吸入薬の噴霧数を理解している (処方内容の確認)			
	吸入薬をしっかりと振っている			
	アルミ缶の底が上になるようにスパーサーと接続している			
吸入 動作	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している			
	舌を下げ、のどを広げる必要性を理解できる			
	息を止めたまま、スパーサーの吸入口を軽く歯でくわえ、唇で覆っている			
	スパーサー内に薬を噴霧できている			
	薬をゆっくりと吸入できている			
	吸入後、3秒以上息を止めている			
吸入後 確認	ゆっくりと鼻から息を吐き出している			
	複数回吸入する場合は、1回の噴霧ごとに1回ずつ吸入している (複数回まとめて吸入していない)			
	吸入後にうがいができ、うがいの理由を理解している			
	残薬の回数が確認できる			
	スパーサーの洗浄方法を理解している			
	デバイス再検討 (変更) の必要の有無			

3. 吸入療法全般に関する患者の状況確認項目 (定期・必要時)

	初回	2回目	3ヵ月後	4回目
副作用が出ていない	/			
残薬確認	/			
発作・増悪時の対応について理解している	/			
薬剤名が言える	/			
用法・用量を理解し正確に実行している	/			
薬剤の重要性を理解している	/			

服薬情報等提供料の算定の有無

備考欄: