

フルティフォーム® 吸入指導Check List

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持っている | | | |
| 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、吸入口を軽く歯でくわえ、唇で覆っている | | | |
| | 吸入と同時に噴霧している | | | |
| | 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 | | | |
| | 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: