FAX 075-751-3205

実施日:　　年　　月　　日

吸入指導評価表

宛先医療機関名:京都大学医学部附属病院　　診療科:　　主治医:

薬局名:　　指導薬剤師名:

患者ID:　　患者名:　　指導回数:　　回目

説明の内容

□口頭にて確認　□吸入薬説明書にて確認　□実演してもらい確認

吸入手技に関する理解度　○:できる　△:次回確認必要　×:できない

内容	薬剤名(　　)	薬剤名(　　)
器具の操作		
振る(pMDIのみ)		
吸入前の息の吐き出し		
吸入動作		
吸入速度 (DPIは強く深く、pMDIは深くゆっくり)		
息止め(5秒程度)		
うがい		
全体評価		

医師への連絡事項

吸入コンプライアンス　;　良　不良

残薬の有無　;　あり　なし

副作用　;　なし　あり(　　)

その他

保険薬局の先生へ

吸入指導し、吸入手技の評価をこちらの用紙に記載し、京大病院薬剤部までFAX返信(075-751-3205)

宜しくお願い致します。

ver. 2.0