

伊勢原協同病院呼吸器内科 吸入指導実施確認・報告書

【患者さんへ】 院外処方せんと一緒に薬局へご提出ください。

患者情報		保険調剤薬局情報	
氏 名		保 険 調 剤 薬 局 名	
処方箋の右上部の 番号8桁		所 在 地	
		電 話 番 号	
発 行 医 師 名		F A X 番 号	
処 方 箋 交 付 年 月 日		薬 剤 師 氏 名	

使用薬剤：

<全ての吸入薬共通事項>

- 息をはいてから吸入しているか
はい いいえ
- 大きく、ゆっくり、深く吸入しているか
(※タービュヘイラー、エリプタを除く)
はい いいえ
- 口角が開かないように吸入口をくわえているか
はい いいえ
- 吸入後に息こらえを3～5秒行えているか
はい いいえ

<タービュヘイラーの確認事項>

- 強めに吸入できているか
はい いいえ

<エリプタの確認事項>

- 蓋を最後までしっかり開けているか
はい いいえ
- 強めに吸入できているか
はい いいえ

<残薬について>

- 残薬があるか
はい いいえ

<ステロイドを含む薬品の確認事項>

- 食事の前に吸入しているか
はい いいえ
- 吸入前にまず、うがいを行っているか
はい いいえ
- 吸入後にうがいを行っているか
はい いいえ

その他に指導を行い、気になる点や気づかれた点がございましたらご記入下さい。

お手数ですが、ご記入後下記へFAXをお願いします。なお、ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

伊勢原協同病院 薬局

TEL : 0463-94-2111 (代表)

FAX : 0463-93-9620