保険薬局様へ　　この用紙は当院薬剤部までFAXしてください

服薬情報提供書 （ビレーズトリエアロスフィアチェックシート）

Ver.20191224

担当医　　科　　先生

＊確認した項目について、その評価を確認欄に〇△×にてご記入いただき、適宜コメント等記載のうえ、当院薬剤部までFAXしてください。

京都第二赤十字病院薬剤部　直通TEL:075(212)6940　FAX:075(212)6113

問題なし:〇　やや不安あり:△　不安あり:×			確認（〇△×）
アドヒアランス	1	毎日決まった時間に吸入をする （　　時）	
	2	毎日決まった回数の吸入をする （1日　　回、　1回　　吸入）	
準備	3	【初回】吸入口のキャップをはずし、よく振ってから、ボタンを押して1度空噴霧をする ＊未使用の吸入器を使用するときは、上記操作を4回繰り返す ＊アクチュエーターを洗浄した後や、前回使用してから7日以上経過しているときは、上記操作を2回繰り返す	
	4	小窓の表示で、残量が「0」になっていないことを確認する	
	5	吸入口のキャップをはずし、よく振る	
吸入	6	【息吐き】無理をしない程度に、2～3秒ほど息を吐きだす	
	7	【吸入】吸入口をくわえ、息を吸いながら、ボタンを押す	
	8	【息止め】吸入口から口を離し、口を閉じて3秒以上息を止める	
	9	【息吐き】ゆっくり息を吐きだす	
	10	【複数回吸入する場合】5-9の操作を繰り返し行う	
うがい	11	【吸入後】うがい、または口すすぎをおこなう	
保管と管理	12	吸入後は、キャップを閉め保管袋に入れて室温で保管する ＊週に1回アクチュエーターを洗浄する（洗浄後は空噴霧を2回行う（上記3）） ＊アルミ缶は空になっても火中に投じない ＊地方自治体により定められた廃棄方法に従う	

【確認日】　　年　　月　　日　【服薬情報提供に関する患者の同意】 ☐ あり　☐ なし

【患者ID】　　【保険薬局名（TEL）・担当薬剤師】

【患者名】　　様

【初回処方日】　　年　　月　　日

【確認回数】　初回 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ （　　）回目

【コメント】