

服薬情報提供書（インターエアロゾルチェックシート）

Ver.20190520

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○△×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:○ やや不安あり:△ 不安あり:×			確認 (○△×)
アドヒアランス	1	毎日決まった時間に吸入をする（ 時 時 時 時 ）	
	2	毎日決まった回数の吸入をする（1日 回、 1回 噴霧）	
準備	3	【初回のみ】試し噴霧を4回行う	
	4	吸入口を「カチッ」と音がするまでひっぱって直角に組み立てる	
	5	ボンベが飛び出さないよう手で押さえ、吸入器を上下に数回よく振る	
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 * マウスピースに息を吹きかけない	
	7	【吸入】上向き加減でマウスピースをくわえ、息を深く吸い込みながら、ボンベを1回しっかり押し、薬をゆっくり吸い込む	
	8	【息止め】マウスピースから口を離し、無理をしない程度に、5秒程度息を止める	
	9	【息吐き】ゆっくり息を吐きだす * マウスピースに息を吹きかけない	
	10	【2噴霧する場合】6-9の操作をもう一度繰り返す	
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	アダプターは毎日ぬるま湯で洗浄し、十分乾燥させてから使用する	
	13	洗浄後のアダプターにボンベをはめ込む * 数回よく振り、空気中に1回噴霧し、薬がきちんと噴霧されるか確認する * ボンベは火中に投じない * 地方自治体により定められたボンベの廃棄処理法に従う	

【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】