

服薬情報提供書（オーキシスタービューヘイラーチェックシート）

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）	
	2	毎日、1日 2回、1回 1吸入をする	
準備	3	【初回のみ】青緑色の回転グリップを左右に回し「カチッ」と3回鳴らす	
	4	カウンターで残量を確認する * 小窓の中央に0が表示されれば交換(0になっても回転グリップは回るので注意) * 吸入器を振ると「カサカサ」音ができるのは乾燥剤の音なので注意	
	5	吸入器をまっすぐに立て、青緑色の回転グリップを右へ止まるまで回し、左へ「カチッ」と音がするまで戻す * 吸入器は横にして回さない	
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】マウスピースをくわえ、深く「スーッ」と力強く吸い込む * 吸入するときは、青緑色の回転グリップを片手で持ち、吸入器本体を握らない(吸気孔をふさがらない)	
	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	
うがい	10	【吸入後】うがい、または口すすぎをおこなう	
保管と管理	11	吸入後は、キャップを閉めて室温で保管する * マウスピースの外側を週に1,2回乾燥した布で拭く * 水洗いはしない	

【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】