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 （ テリルジーエリプタ チェックシート ）

Ver.20210216

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）	
準備	2	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 （赤く表示）	
	3	カバーを「カチッ」と音がするまで、横に開けて吸入口を出す（1回分の薬がセットされる） ＊カウンターの数が1つ減ったことを確認する	
吸入	4	【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	
	5	【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 ＊吸入器は平らに持ち、通気口をふさがないよう注意する	
	6	【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	
	7	【息吐き】ゆっくり息を吐きだす	
うがい	8	【吸入後】うがい、またはロすすぎをおこなう	
保管と管理	9	吸入後は、カバーを閉めて室温で保管する ＊吸入口は乾燥した布で拭く（水洗いはしない）	
	10	包装トレイ開封後は、6週間以内に使用する ＊薬が残っていても、保管せずに廃棄する	

【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】