送信先：日本赤十字社 愛知医療センター 名古屋第二病院
FAX：052-834-6160

情報伝達の流れ：保険薬局→薬剤部→処方医師

〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願い致します。

吸入指導実施報告書

処方医：　　科　　先生御机下 患者ID： 患者名： 服薬指導日　　年　　月　　日	保険薬局　名称・所在地 TEL FAX 担当薬剤師：＿＿＿＿＿＿　印

吸入薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

項目	**ブリーズヘラー （薬剤名：　　）**	できる	できない
1	キャップを外し、中の吸入口を開けることができる。	□	□
2	アルミシートより1カプセルのみ取り出すことができる。	□	□
3	カプセルをカプセル充填部（穴）に入れることができる。	□	□
4	「カチッ」と音がするまで、吸入口をしっかり閉めることができる。	□	□
5	吸入器を上に向けて持ち、両側のボタンを同時に「カチッ」と音がするまで押すことができる。	□	□
6	吸入器に息がかからないよう、十分に息を吐くことができる。	□	□
7	正面を向いたまま、薬剤を「速く・深く」吸い込むことができる。	□	□
8	吸入口を口から離し、そのまま5～10秒間息を止めることができる。	□	□
9	ゆっくり息を吐き出すことができる。	□	□
10	吸入口を開け、カプセル内に薬が残っていないことを確認できる。	□	□
11	薬剤が残っていた場合、もう一度繰り返し吸入することができる。	□	□
12	カプセルの回転音がしない場合、吸入口を開けて本体を軽くたたき、カプセルの詰まりをゆるめることができる。	□	□
13	カプセルは手に取らず、直接ゴミ箱へ捨てることができる。	□	□
14	「ぶくぶく」と「がらがら」のうがいをそれぞれ2回以上行うことができる。	□	□
15	この薬1個で14日間使用可能であることを理解している。	□	□

■副作用確認（副作用がある場合は ☑ でチェック、判断が難しい場合は、下記の連絡事項の欄に記載）

□ 嗄声　□ 咽頭痛　□ 口腔違和感　□ 口渇　□ 緑内障（眼痛、視覚異常などの症状）
□ 尿閉（頻尿、残尿感などの症状）　□ 振戦　□ 動悸　□ その他（　　）

保険薬局から処方医師への連絡事項
□問題なく吸入可能です。　□吸入困難です。他剤への変更をご考慮お願いします。
□吸入手法に問題があります。
□その他
（　　）

返信欄

対応（病院記入欄）
□ 報告内容を確認しました。
□ 次回から提案通りの内容に変更します。
□ 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
□ 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
（　　）

＿＿＿年＿＿月＿＿日　医師名＿＿＿＿＿＿　薬剤師名＿＿＿＿＿＿.