

吸入指導評価表 【タービュヘイラー製剤】

武蔵村山病院から吸入薬が処方され、保険調剤薬局にて吸入指導を実施した場合に、この評価表を用いて評価を実施し、下部の【指導報告書】をお薬手帳へ添付してください。
院内薬局では、吸入可否を判断する指導介入を行っていないと思われます。デバイス変更が必要な場合は疑義照会をお願いいたします。
また、各デバイスの付属品（噴霧補助具等）はできる限り添付して指導をお願いいたします。

武蔵村山病院 処方医: _____

患者氏名: _____ ID: _____

【デバイスの確認】

- ☐ 簡易チェッカーによる吸気音確認（対象薬剤のみ実施）
- ☐ 練習機による指導
- ☐ スペーサーの必要性の確認（ 必要 ・ 不要 ・ 対象外 ）
- ☐ 併用禁忌薬剤の確認（ 無 ・ 有 : _____ ）

【処方元への疑義照会の必要性】

（ _____ ）

疑義照会先: 武蔵村山病院 薬剤科 TEL: 042-566-3308

【吸入指導評価表】

調剤薬局では以下の項目により、吸入手技の評価と吸入薬物療法に対する知識・理解度の評価を行ってください。

● 吸入手技の評価

準備	可	不可
① まっすぐ立ててカバーを開ける（1回分を正確に吸入するため）		
② ハンドルの回し方（カチッと音がするまで回しているか？）		
③ デバイスの持ち方（水平を保っているか？通気口をふさいでいないか？）		
吸入時		
④ 吸入前の息吐き（量は十分か？くわえてからの呼気がないか？）		
⑤ デバイスのくわえ方（吸気漏れの原因となりうる手技ではないか？）		
⑥ 吸入方法（速く・深く 吸入できているか？）		
⑦ 吸気後の息止め（自ら実施しているか？息止め中の呼吸苦はないか？）		
吸入後		
⑧ 吸入後のうがい実施の認識（フォロー時は実施状況）		

● 薬物療法に対する知識・理解度の評価

	良好	不足
① 自分が使用する薬剤の代表的な副作用について理解しているか？		
② 自分が使用する薬剤の代表的な副作用の予防対策法を理解しているか？		
③ 自分が使用する薬剤の使用目的について理解しているか？		
④ 発作時（急性増悪時）の対応について理解しているか？		
⑤ 長期管理薬と発作止めを正確に使い分けることができるか？ または、自分に処方された薬剤がどちらに該当するか答えられるか？		
⑥ SMART療法について理解しているか？（シムビコートについて別途指示がある場合）		
⑦ 喘息・COPD症状悪化を示唆する兆候を理解しているか？ （咳が多い、息苦しさ、胸苦しさ、息切れ、喘鳴、苦しさや咳で目が覚める、痰が多い等）		
⑧ 喘息・COPDの治療方針をおおまかに理解しているか？		

【吸入指導評価報告書】 当院ホームページより手帳シール印字用ファイルのダウンロードが可能です。
お薬手帳へ実施した項目をチェック後貼付し、次回受診時に主治医へ見せるよう指導をお願いします。

- ☐ 初回指導を評価表に基づき行いました。（問題がある場合は、主治医への報告事項に記入）
- 2回目以降の指導時
 - ☐ 継続指導を評価表に基づき行いました。（問題がある場合は、主治医への報告事項に記入）
 - ☐ カウンターの数値から吸入状況の確認
 - ☐ ACT（喘息コントロールテスト）の実施（ _____ ）点
 - ☐ SACRA Questionnaire（喘息コントロール評価のみ）の実施
 - ☐ CAT（COPDの急性アセスメントテストの実施（ _____ ）点
 - ☐ 副作用の確認（嘔声・発声障害・口腔カンジダ・咽喉頭症状・口腔咽頭刺激・心悸亢進など）
- その他、主治医への報告事項（ _____ ）

調剤薬局名: _____ TEL: _____ 指導薬剤師: _____