

### 吸入指導報告書(お薬手帳用)

指導日：令和 年 月 日

薬局名  
薬剤師名

※ 初回・継続( 回目) 指導

【評価の目安】(できる 1~3 できない)

項目	薬剤名		
薬の準備		1・2・3	1・2・3
吸入前の息吐き		1・2・3	1・2・3
吸入する		1・2・3	1・2・3
吸入後の息止め		1・2・3	1・2・3
うがい		1・2・3	1・2・3
後片付け		1・2・3	1・2・3
残薬の確認/保管		1・2・3	1・2・3
吸入回数		1・2・3	1・2・3
説明の内容 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

【アドヒアランスの評価】

内容	評価
指示通り使用	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( )

【連絡事項】

スパースー使用しています  吸入手技・吸気流速に問題あり  
 正しく吸入できています  その他( )

### 吸入指導報告書(お薬手帳用)

指導日：令和 年 月 日

薬局名  
薬剤師名

※ 初回・継続( 回目) 指導

【評価の目安】(できる 1~3 できない)

項目	薬剤名		
薬の準備		1・2・3	1・2・3
吸入前の息吐き		1・2・3	1・2・3
吸入する		1・2・3	1・2・3
吸入後の息止め		1・2・3	1・2・3
うがい		1・2・3	1・2・3
後片付け		1・2・3	1・2・3
残薬の確認/保管		1・2・3	1・2・3
吸入回数		1・2・3	1・2・3
説明の内容 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

【アドヒアランスの評価】

内容	評価
指示通り使用	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( )

【連絡事項】

スパースー使用しています  吸入手技・吸気流速に問題あり  
 正しく吸入できています  その他( )

### 吸入指導報告書(お薬手帳用)

指導日：令和 年 月 日

薬局名  
薬剤師名

※ 初回・継続( 回目) 指導

【評価の目安】(できる 1~3 できない)

項目	薬剤名		
薬の準備		1・2・3	1・2・3
吸入前の息吐き		1・2・3	1・2・3
吸入する		1・2・3	1・2・3
吸入後の息止め		1・2・3	1・2・3
うがい		1・2・3	1・2・3
後片付け		1・2・3	1・2・3
残薬の確認/保管		1・2・3	1・2・3
吸入回数		1・2・3	1・2・3
説明の内容 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

【アドヒアランスの評価】

内容	評価
指示通り使用	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( )

【連絡事項】

スパースー使用しています  吸入手技・吸気流速に問題あり  
 正しく吸入できています  その他( )

### 吸入指導報告書(お薬手帳用)

指導日：令和 年 月 日

薬局名  
薬剤師名

※ 初回・継続( 回目) 指導

【評価の目安】(できる 1~3 できない)

項目	薬剤名		
薬の準備		1・2・3	1・2・3
吸入前の息吐き		1・2・3	1・2・3
吸入する		1・2・3	1・2・3
吸入後の息止め		1・2・3	1・2・3
うがい		1・2・3	1・2・3
後片付け		1・2・3	1・2・3
残薬の確認/保管		1・2・3	1・2・3
吸入回数		1・2・3	1・2・3
説明の内容 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	

【アドヒアランスの評価】

内容	評価
指示通り使用	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( )

【連絡事項】

スパースー使用しています  吸入手技・吸気流速に問題あり  
 正しく吸入できています  その他( )