

吸入指導評価表(乳児、幼児、小児用)

指導日：令和 年 月 日 次回受診日：令和 年 月 日

患者ID： 患者氏名：

<吸入指導評価表の記載方法>

- 指導日を記入(分かれば、次回の病院受診日も記入する。)
- 【吸入薬理解評価】と【手技評価】の評価欄に記載するが、評価が出来なかった場合は空欄でもよい
(評価：○できる、△確認が必要、×出来ない)
※理解評価において、初回の場合は説明を行い、指導欄にシ点をかく
- 医師への照会事項、連絡事項を【薬剤師から医師へ】に記入する

○で囲って下さい。

【指導を実施した相手】 患児・父・母・その他() 【主たる介助者】 父・母・その他()

【吸入薬理解評価】

内容	指導/評価
薬の役割(薬効)がわかる	
発作時なのか定期吸入なのかわかる	
1日に吸入する回数(用法)がわかる	
1回に吸入する回数(用量)がわかる	
吸入薬が残り何回使えるか(残数)が確認できる	

【手技評価】

内容	介助付き吸入 指導/評価	自己吸入 指導/評価
①吸入に適した環境か判断できる		
②スパーサーの使い方がわかるか		
③マスクを顔に密着できる		
④フローインジケーターで吸入数をカウントできる		※5吸入数えられる
⑤拒否時の対応(睡眠中に吸入させる等)ができる		
⑥吸入後のうがい(飲水、飲食、歯磨きでも可)ができる	※乳児は不要	
⑦スパーサーの洗浄方法がわかる		
継続指導の必要性	有・無	有・無

【薬剤師から医師へ】

薬局名：

TEL：

担当薬剤師：

●記入終了後以下にFAXしてください

平日(8時30分～17時)：055-929-0462 (沼津市立病院FAXコーナー)

土・日・祝日・時間外：055-924-5131 (沼津市立病院 薬剤部)