

# ACT 評価 集計表

薬局名：

提出日：令和 年 月 日

吸入指導 (A表より) 初回指導	継続指導	患者 ID	イニシャル	年齢	性別	吸入している薬剤	病名		ACT合計点数				ACT 前回実施時 との点数差	
							気管支喘息	気管支喘息・ COPD合併	1回目	2回目	3回目	( )回目		
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
(例)	<input type="radio"/>	1234	N.Y	65	<input checked="" type="radio"/> 男・女	レルベア200エリナタ	<input type="radio"/>				15	22		7

- \* 月一回、事務局にFAX又は例会時提出にて、ご連絡をお願いします。
- \* 「吸入の初回指導又は継続指導」については、A表を参考にどちらかOをご記入下さい。
- \* ACTは喘息コントロールテストですので、対象患者さんはA表を参考に「気管支喘息」又は「COPD合併」の方でお願いします。COPDのみの方は対象外です。
- \* 「ACT前回実施時との点数差」は、直近の実施時との点数差を計算しご記入下さい。【例】今回ACT評価が3回目の場合：(3回目の点数)－(2回目の点数)