

吸入指導チェック報告書(エアロチャンバー)

患者ID: _____
 患者氏名: _____
 担当医師名: _____

薬局名: _____
 店名: _____
 指導薬剤師名: _____

用法用量:(朝: 昼: 夕: 眠前:) 吸入 【薬剤名: _____】

		指導日	/	/	/
①薬の効果を説明					
②用法用量を説明					
③使用可能回数 交換日を説明	使用回数を超えてもガスは出るが 徐々に薬は含まれなくなる。				

<初回準備> (注意点)

④空噴霧	初めて使用する場合や、間隔があいている場合は、 デバイスに応じた空噴霧を行う			
------	---	--	--	--

<吸入手順> (注意点)

⑤吸入器を振る	ガスと薬が均一に混ざるようしっかり振る			
⑥デバイスの取り付け	補助器内に異物がないか確認する 奥までしっかりデバイスを押し込む 			
⑦息吐き	苦しくない程度に息を吐く			
⑧補助具をくわえる	息を止めたまま、しっかりとくわえる 			
⑨ポンベを押す	ポンベを1回押す (2吸入以上の場合 1押し分ずつ吸入する)			
⑩薬の吸入	ホイッスル音が鳴らないような速さで ゆっくり深く(3秒程度) 吸い込む ホイッスルが鳴れば もう少しゆっくり吸い込む ゆっくり深く吸えない場合は ゆっくり大きな深呼吸を3回繰り返して吸入する 			
⑪息止め	苦しくない程度に できるだけ長く止める (5秒程度)			
⑫息吐き	鼻からゆっくりと息を吐き出す			
⑬1日2吸入以上の場合	⑦~⑫を繰り返す			
⑭うがい	ガラガラ・ブクブクうがいを各3回ほど行う			

⑮保管・お手入れの 説明	補助器の洗浄について説明 (帯電防止処理について説明)			
		確認者名		

◎正しくできる ○できているが再確認必要 △できていない

※補助資材



エアロチャンバー

特記事項