

処方箋とあわせて2枚組でFAX(078-851-8656)して下さい。

①吸入薬製剤(DPI)チェックリスト(患者さん氏名/ID:)

	ディスク			タービュヘイラー			ディスクヘラー	
	□アドエア	□フルタイド	□セレベント	□シムビコート	□オーキシス	□パルミコート	□セレベント	□フルタイド
デバイスの操作	<input type="checkbox"/> カバーを開けましたか？ <input type="checkbox"/> カチっとなるまでレバーを引きましたか？ <input type="checkbox"/> 2吸入以上する場合の操作がわかりますか？			<input type="checkbox"/> 垂直に持っていますか？ <input type="checkbox"/> 底部を右側に止まるまで→左側にカチッと鳴るまでまわっていますか？ <input type="checkbox"/> 2吸入以上する場合の操作がわかりますか？ <input type="checkbox"/> 初回、3回空操作をしましたか？(パルミコートは2回)			<input type="checkbox"/> トレーを引き出し、ディスクをセットしましたか？ <input type="checkbox"/> ふたを垂直に開けてディスクの開通操作ができていますか？ <input type="checkbox"/> 2回目以降はトレーを引き出して戻せていますか？ <input type="checkbox"/> 2吸入以上する場合の操作がわかりますか？	
吸入前の息吐き	<input type="checkbox"/> 啜る前にしっかり息を吐けていますか？			<input type="checkbox"/> 啜る前にしっかり息を吐けていますか？			<input type="checkbox"/> 啜る前にしっかり息を吐けていますか？	
吸入	<input type="checkbox"/> 容器を水平に保持できていますか？ <input type="checkbox"/> 吸入口を隙間なくくわえていますか？ <input type="checkbox"/> 早く、深く吸えていますか？			<input type="checkbox"/> 容器を垂直に立てていますか？ <input type="checkbox"/> 吸入口を隙間なくくわえていますか？ <input type="checkbox"/> 吸気孔を塞いでいませんか？ <input type="checkbox"/> 早く、深く吸えていますか？			<input type="checkbox"/> 容器を水平に保持できていますか？ <input type="checkbox"/> 吸入口を隙間なくくわえていますか？ <input type="checkbox"/> 吸気孔を塞いでいませんか？ <input type="checkbox"/> 深く吸えていますか？	
吸入後の息止めと息吐き	<input type="checkbox"/> 3～5秒、息をこらえていますか？ <input type="checkbox"/> ゆっくり息を吐きましたか？ <input type="checkbox"/> 吸い残しのチェックができますか？			<input type="checkbox"/> ゆっくり息を吐きましたか？ <input type="checkbox"/> 吸い残しのチェックができますか？			<input type="checkbox"/> 3～5秒、息をこらえていますか？ <input type="checkbox"/> ゆっくり息を吐きましたか？ <input type="checkbox"/> 吸い残しのチェックができますか？	
うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後のうがいがきちんとできますか？			<input type="checkbox"/> 吸入後のうがいがきちんとできますか？			<input type="checkbox"/> 吸入後のうがいがきちんとできますか？	
吸入器の管理(残薬管理含む)	<input type="checkbox"/> 終了がわかりますか？(カウンター『0』) <input type="checkbox"/> 吸入後のデバイスの手入れができますか？			<input type="checkbox"/> 終了がわかりますか？(小窓に赤色表示『0』) <input type="checkbox"/> 吸入後のデバイスの手入れができますか？			<input type="checkbox"/> 終了がわかりますか？(全てのプリスターが開通) <input type="checkbox"/> 吸入後のデバイスの手入れができますか？	

	ハンディヘラー		ブリーズヘラー		スイングヘラー	
	スピーリーバ		□オンプレス	□ウルティプロ	メプテン	
デバイスの操作	<input type="checkbox"/> アルミシートを切り離しましたか？ <input type="checkbox"/> ①1カプセル出して吸入器に入れましたか？ <input type="checkbox"/> ②吸入口をカチッと音がするまで閉めましたか？ <input type="checkbox"/> ③緑のボタンを1回強く押して離しましたか？		<input type="checkbox"/> キャップをはずし、吸入口を押し倒して開けましたか？ <input type="checkbox"/> ①1カプセル出して充填部に入れましたか？ <input type="checkbox"/> ②吸入口をカチッと音がするまで閉めましたか？ <input type="checkbox"/> ③両側の色のついたボタンを同時に1回押しましたか？		<input type="checkbox"/> カウンター面を上に向けて水平に持っていますか？ <input type="checkbox"/> 水平にしたまま防湿キャップを開けましたか？ <input type="checkbox"/> 青色ボタンをカチっとなるまで押しましたか？ <input type="checkbox"/> 2吸入以上する場合の操作がわかりますか？	
吸入前の息吐き	<input type="checkbox"/> 啜る前にしっかり息を吐けていますか？		<input type="checkbox"/> 啜る前にしっかり息を吐けていますか？		<input type="checkbox"/> 啜る前にしっかり息を吐けていますか？	
吸入	<input type="checkbox"/> 吸入口を隙間なくくわえていますか？ <input type="checkbox"/> 深く吸えていますか？(カプセルが震える音が聞こえる)		<input type="checkbox"/> 容器を水平に保持できていますか？ <input type="checkbox"/> 吸入口を隙間なくくわえていますか？ <input type="checkbox"/> 深く吸えていますか？(カプセルが震える音が聞こえる)		<input type="checkbox"/> 容器を水平に保持できていますか？ <input type="checkbox"/> 吸入口を隙間なくくわえていますか？ <input type="checkbox"/> 早く、深く吸えていますか？	
吸入後の息止めと息吐き	<input type="checkbox"/> 3～5秒、息をこらえていますか？ <input type="checkbox"/> ゆっくり息を吐きましたか？ <input type="checkbox"/> 吸い残しのチェックができますか？		<input type="checkbox"/> 3～5秒、息をこらえていますか？ <input type="checkbox"/> ゆっくり息を吐きましたか？ <input type="checkbox"/> 吸い残しのチェックができますか？		<input type="checkbox"/> 3～5秒、息をこらえていますか？ <input type="checkbox"/> ゆっくり息を吐きましたか？ <input type="checkbox"/> 吸い残しのチェックができますか？	
うがい	<input type="checkbox"/> 吸入後のうがい(必須ではない)		<input type="checkbox"/> 吸入後のうがい(必須ではない)		<input type="checkbox"/> 吸入後のうがい(必須ではない)	
吸入器の管理(残薬管理含む)	<input type="checkbox"/> カプセルは1回毎に廃棄していますか？ <input type="checkbox"/> カプセルを番号順に使用している <input type="checkbox"/> 吸入後のデバイスの手入れができますか？(水洗不可・1回/月交換)		<input type="checkbox"/> カプセルは1回毎に廃棄していますか？ <input type="checkbox"/> 吸入後のデバイスの手入れができますか？(水洗不可・1回/月交換)		<input type="checkbox"/> 残量確認の方法は理解できていますか？ <input type="checkbox"/> 吸入後のデバイスの手入れができますか？(水洗不可・1回/月交換)	

保険薬局様連絡先: