

吸入指導依頼書 (エリプタ)

テリルジー レルベア アニユイティ アノーロ エンクラッセ

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント

- 前回エラーあり
 症状悪化あり
 定期吸入指導

処方施設：

TEL _____, Fax _____

処方施設ID： _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名： 喘息 COPD 気管支炎

区分： 初回指導 再指導

患者氏名： _____

処方医： _____

***** 吸入薬が処方された方へ *****

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： _____

吸入指導報告書 (エリプタ)

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③カバーを上にして保持する	
④カバーをカチッと音がするまであける	
⑤無理をしない程度に息吐きをする	
⑥吸気孔を塞がないように吸入口をくわえる	
⑦強く深く吸入する	
⑧口を閉じて3～5秒間息止め	
⑨ゆっくり息を吐く	
⑩キャップをしめて保管	
⑪うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名： _____

TEL： _____

Fax： _____

指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
 以下の点に不安あり
 吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（タービュヘイラー）

シムビコート（ジェネリックを含む） パルミコート オーキシス

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント SMART療法 あり・なし
 前回エラーあり
 症状悪化あり
 定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL _____ , Fax _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
処方施設ID： _____ 区分： 初回指導 再指導
患者氏名： _____ 処方医： _____

***** 吸入薬が処方された方へ *****

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。
私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： _____

吸入指導報告書（タービュヘイラー）

評価は○・△・×	評価	指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
①用法・用量が言える		薬局名： _____
②残数を確認できる		TEL： _____
③キャップを外し吸入口を上で垂直に立て吸気孔を塞がないように保持		Fax： _____
④グリップを反時計回りにクルツ、時計回りにカチッと回転		指導者： _____
⑤無理をしない程度に息吐きをする		報告・コメント
⑥吸入口をくわえて強く深く吸入する		<input type="checkbox"/> 問題なく吸入できます
⑦口を閉じて3～5秒間息止め		<input type="checkbox"/> 以下の点に不安あり
⑧ゆっくり息を吐く		<input type="checkbox"/> 吸入不可、処方変更必要
⑨ ④～⑧を指示回数繰り返す		
⑩キャップをしめて保管		
⑪うがいをする		

吸入指導依頼書（ブリーズヘラー）

エナジア アテキュラ ウルティブロ オンブレス シーブリ

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント

前回エラーあり

症状悪化あり

定期吸入指導

処方施設：

TEL _____, Fax _____

処方施設ID： _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名： 喘息 COPD 気管支炎

区分： 初回指導 再指導

患者氏名： _____

処方医： _____

***** 吸入薬が処方された方へ *****

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： _____

吸入指導報告書（ブリーズヘラー）

評価は○・△・×

評価

①用法・用量が言える

②キャップを外し吸入口を倒す

③シートからカプセルを取り出して
セットする

④吸入口を閉じて左右のボタンを
1回押す

⑥無理をしない程度に息吐きをする

⑥吸入口をくわえて深く吸入する

⑦口を閉じて3～5秒間息止め

⑧ゆっくり息を吐く

⑨カプセルを手で触れずに廃棄

⑩キャップをしめて保管

⑪うがいをする

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名：

TEL：

Fax：

指導者：

報告・コメント

問題なく吸入できます

以下の点に不安あり

吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（ディスカス）

アドエア フルタイド
 セレベント

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント
 前回エラーあり
 症状悪化あり
 定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL _____ , Fax _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
処方施設ID： _____ 区分： 初回指導 再指導
患者氏名： _____ 処方医： _____

***** 吸入薬が処方された方へ *****

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。
私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： _____

吸入指導報告書（ディスカス）

評価は○・△・×

評価

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名： _____

TEL： _____

Fax： _____

指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
 以下の点に不安あり
 吸入不可、処方変更必要

①用法・用量が言える

②残数を確認できる

③残数カウンターを上にして水平に保持

④カバーをカチッと音がするまであける

⑤レバーをカチッと音がするまで押し込む

⑥無理をしない程度に息吐きをする

⑦吸入口を下向きにしないようにくわえる

⑦強く深く吸入する

⑧口を閉じて3～5秒間息止め

⑨ゆっくり息を吐く

⑩キャップをしめて保管

⑪うがいをする

吸入指導依頼書 (pMDI)

メプチン サルタノール フルティフォーム アドエア フルタイド
オルベスコ キューバル ビレーズトリ ビベスピ その他

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します

処方医コメント
前回エラーあり
症状悪化あり
定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL _____ , Fax _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
処方施設ID： _____ 区分： 初回指導 再指導
患者氏名： _____ 処方医： _____

***** 吸入薬が処方された方へ *****

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名： _____

吸入指導報告書 (pMDI)

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③ボンベの底を上にして持つ	
④キャップをあける	
⑤ボンベを数回振る	
⑥吸入前に息吐きをする	
⑦容器を口元にセット（歯で容器を噛む、または口元から4cm程離して保持）	
⑧ボンベを押すと同時にゆっくり深く吸入	
⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め	
⑩ゆっくり息を吐く	
⑪複数回吸入する場合⑤～⑨を繰り返す	
⑫キャップをしめて保管	
⑬うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
薬局名： _____
TEL： _____
Fax： _____
指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
以下の点に不安あり
吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書 (レスピマット)

スピオルト スピリーバ

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します

処方医コメント

- 前回エラーあり
症状悪化あり
定期吸入指導

処方施設:

TEL _____, Fax _____

処方施設ID: _____

依頼日: _____年 _____月 _____日

診断名: 喘息 COPD 気管支炎

区分: 初回指導 再指導

患者氏名: _____

処方医: _____

***** 吸入薬が処方された方へ *****

吸入薬の効果を十分に引き出すためには、正しい吸入手技が必要です。そのために薬剤師が吸入薬に関する説明と使い方指導を行います。薬剤師からの指導については健康保険での算定が認められており、3割負担の方は90円、1割負担の方は30円がかかります。

私は、上記吸入薬の使用方法について、薬剤師による指導を受けることに同意します。

ご署名: _____

吸入指導報告書 (レスピマット)

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③吸入口を上にして持つ	
④透明ケースをカチッと音がするまで右に180度回転させる	
⑤キャップを開ける	
⑥吸入前に息吐きをする	
⑦吸入口をくわえる	
⑧ボタンを押すと同時にゆっくり深く吸入	
⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め	
⑩ゆっくり息を吐く	
⑪キャップを閉めて④～⑩を繰り返す	
⑫キャップをしめて保管	
⑬うがいをする	

指導日: _____年 _____月 _____日

薬局名: _____

TEL: _____

Fax: _____

指導者: _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
以下の点に不安あり
吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（エリプタ）

テリルジー レルベア アニュイティ アノーロ エンクラッセ

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント
前回エラーあり
症状悪化あり
定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL： _____
Fax： _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
処方施設ID： _____ 区分： 初回指導 再指導
患者氏名： _____ 処方医： _____

吸入指導報告書（エリプタ）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③カバーを上にして保持する	
④カバーをカチッと音がするまであける	
⑤無理をしない程度に息吐きをする	
⑥吸気孔を塞がないように吸入口をくわえる	
⑦強く深く吸入する	
⑧口を閉じて3～5秒間息止め	
⑨ゆっくり息を吐く	
⑩キャップをしめて保管	
⑪うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
薬局名： _____
TEL： _____
Fax： _____
指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
以下の点に不安あり
吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（タービュヘイラー）

シムビコート（ジェネリックを含む） パルミコート オーキシス

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント SMART療法 あり・なし
 前回エラーあり
 症状悪化あり
 定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL： _____
Fax： _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
処方施設ID： _____ 区分： 初回指導 再指導
患者氏名： _____ 処方医： _____

吸入指導報告書（タービュヘイラー）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③キャップを外し吸入口を上で垂直に 立て吸気孔を塞がないように保持	
④グリップを反時計回りにクルッ、 時計回りにカチッと回転	
⑤無理をしない程度に息吐きをする	
⑥吸入口をくわえて強く深く吸入する	
⑦口を閉じて3～5秒間息止め	
⑧ゆっくり息を吐く	
⑨ ④～⑧を指示回数繰り返す	
⑩キャップをしめて保管	
⑪うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名： _____

TEL： _____

Fax： _____

指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
 以下の点に不安あり
 吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（ブリーズヘラー）

エナジア アテキュラ ウルティブロ オンブレス シーブリ

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント
 前回エラーあり
 症状悪化あり
 定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

TEL： _____

Fax： _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎

区分： 初回指導 再指導

処方施設ID： _____

患者氏名： _____ 処方医： _____

吸入指導報告書（ブリーズヘラー）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②キャップを外し吸入口を倒す	
③シートからカプセルを取り出してセットする	
④吸入口を閉じて左右のボタンを1回押す	
⑥無理をしない程度に息吐きをする	
⑥吸入口をくわえて深く吸入する	
⑦口を閉じて3～5秒間息止め	
⑧ゆっくり息を吐く	
⑨カプセルを手で触れずに廃棄	
⑩キャップをしめて保管	
⑪うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名： _____

TEL： _____

Fax： _____

指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
 以下の点に不安あり
 吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（ディスカス）

アドエア フルタイド
セレベント

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します。

処方医コメント
前回エラーあり
症状悪化あり
定期吸入指導

処方施設：

TEL：

Fax：

処方施設ID： _____

患者氏名： _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名：喘息 COPD 気管支炎

区分：初回指導 再指導

処方医： _____

吸入指導報告書（ディスカス）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③残数カウンターを上にして水平に保持	
④カバーをカチッと音がするまであける	
⑤レバーをカチッと音がするまで押し込む	
⑥無理をしない程度に息吐きをする	
⑦吸入口を下向きにしないようにくわえる	
⑦強く深く吸入する	
⑧口を閉じて3～5秒間息止め	
⑨ゆっくり息を吐く	
⑩キャップをしめて保管	
⑪うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名：

TEL：

Fax：

指導者：

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
以下の点に不安あり
吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書 (pMDI)

メプチン サルタノール フルティフォーム アドエア フルタイド
オルベスコ キュバール ビレーズトリ ビベスピ その他

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します

処方医コメント
前回エラーあり
症状悪化あり
定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL： _____
Fax： _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
区分： 初回指導 再指導
処方施設ID： _____
患者氏名： _____ 処方医： _____

吸入指導報告書 (pMDI)

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③ポンベの底を上にして持つ	
④キャップをあける	
⑤ポンベを数回振る	
⑥吸入前に息吐きをする	
⑦容器を口元にセット（歯で容器を噛む、または口元から4cm程離して保持）	
⑧ポンベを押すと同時にゆっくり深く吸入	
⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め	
⑩ゆっくり息を吐く	
⑪複数回吸入する場合⑤～⑨を繰り返す	
⑫キャップをしめて保管	
⑬うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
薬局名： _____
TEL： _____
Fax： _____
指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
以下の点に不安あり
吸入不可、処方変更必要

吸入指導依頼書（レスピマット）

スピオルト スピリーバ

用法用量は処方箋の通り
吸入指導を依頼します

処方医コメント

- 前回エラーあり
症状悪化あり
定期吸入指導

処方施設： _____ 依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
TEL： _____
Fax： _____ 診断名： 喘息 COPD 気管支炎
区分： 初回指導 再指導
処方施設ID： _____
患者氏名： _____ 処方医： _____

吸入指導報告書（レスピマット）

吸入指導を行いましたので下記報告致します。

評価は○・△・×	評価
①用法・用量が言える	
②残数を確認できる	
③吸入口を上にして持つ	
④透明ケースをカチッと音がするまで右に180度回転させる	
⑤キャップを開ける	
⑥吸入前に息吐きをする	
⑦吸入口をくわえる	
⑧ボタンを押すと同時にゆっくり深く吸入	
⑨吸入後口を閉じて3～5秒間息止め	
⑩ゆっくり息を吐く	
⑪キャップを閉めて④～⑩を繰り返す	
⑫キャップをしめて保管	
⑬うがいをする	

指導日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局名： _____

TEL： _____

Fax： _____

指導者： _____

報告・コメント

- 問題なく吸入できます
以下の点に不安あり
吸入不可、処方変更必要