

年 月 日

ID:
患者名:

薬局名:
指導薬剤師名:

レスピマツト

スピリーバ

項目
番号

●初回吸入前

カートリッジの挿入

- | | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ① 安全止めを押しながら、透明ケースをはずせているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ② カートリッジを奥までしっかりと押し込めているか
(かたい平面の上で上から強く押し込む) | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ③ 透明ケースを忘れずにはめ戻しているか
(透明ケースがなくても回るが、噴射前後に上下するボンベがむき出しになる) | (| よい | 普通 | 次回確認) |

カートリッジ挿入後

- | | | | | |
|---|---|----|----|-------|
| ④ 透明ケースを右回りに「カチッ」音がするまで180度回しているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑤ 緑キャップを開けたままケースを回していないか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑥ 下に向けて噴霧ボタンを押しているか(薬剤が目に入らないようにする) | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑦ 上記操作を4回繰り返し、薬剤がきちんと噴霧されていることを確認できているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |

●吸入時

- | | | | | |
|---|---|----|----|-------|
| ⑧ 透明ケースを右回りに「カチッ」音がするまで180度回しているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑨ 噴霧ボタンを押したまま、回していないか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑩ 薬剤噴霧時に、呼吸同調ができているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑪ 通気孔を手指や口唇で塞いでいないか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑫ ゆっくり深く吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑬ 吸入直後の、数秒程度の息止めができているか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認) |

●吸入後

- | | | | | |
|----------------------|---|----|----|-------|
| ⑭ 残量を確認できるか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑮ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |

レスピマツトの注意点

- ・ 1回2吸入なので吸入操作を2回繰り返す
- ・ 薬剤がなくなれば右回りに回せなくなる
- ・ 抗コリン薬であるため、緑内障の患者には目に入らないように特に注意する
- ・ 乾いた清潔な布などでマウスピース(吸入口)の内側と外側を拭き取り、水洗いはしない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

ハンディヘラー

スピリーバ

項目
番号

●吸入前

- ① カプセルをきちんとカプセル充填部(穴)に入れているか (よい 普通 次回確認)
② マウスピース(吸入口)を「カチッ」音がするまで閉じているか (よい 普通 次回確認)

●吸入時

- ③ 両側のボタンを「カチッ」音がするまで同時に押せているか (よい 普通 次回確認)
④ ボタンを離してから吸入しているか (よい 普通 次回確認)
⑤ 通気孔を手指で塞いでいないか (よい 普通 次回確認)
⑥ はやく深く吸入しているか (よい 普通 次回確認)
⑦ カラカラ音がきちんと聞こえているか (よい 普通 次回確認)
⑧ 吸入直後の、数秒程度の息止めができているか (よい 普通 次回確認)
(苦しくない程度でよい)

●吸入後

- ⑨ マウスピース(吸入口)を開けてカプセル内に薬(粉末)が残っていないか確認できているか (よい 普通 次回確認)
⑩ 残っている場合、もう一度吸入できているか (よい 普通 次回確認)
⑪ 空のカプセルをきちんと捨てているか (よい 普通 次回確認)
⑫ 吸入後にしっかりとうがいをしているか (よい 普通 次回確認)

ハンディヘラーの注意点

- ・ カプセルを内服しない
- ・ 25°C以下でカプセルを保存する
- ・ 月に一度洗浄する

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

ブリーズヘラー

オンブレス シーブリ ウルティプロ

項目
番号

●吸入前

- ① カプセルをきちんと充填部(穴)に入れているか (よい 普通 次回確認)
- ② マウスピース(吸入口)を「カチッ」音がするまで閉じているか (よい 普通 次回確認)

●吸入時

- ③ 両側のボタンを「カチッ」音がするまで同時に押せているか (よい 普通 次回確認)
- ④ ボタンを離してから吸入しているか (よい 普通 次回確認)
- ⑤ 通気孔を手指で塞いでいないか (よい 普通 次回確認)
- ⑥ はやく深く吸入しているか (よい 普通 次回確認)
- ⑦ カラカラ音がきちんと聞こえているか (よい 普通 次回確認)
- ⑧ 吸入直後の、数秒程度の息止めができているか (よい 普通 次回確認)
(苦しくない程度でよい)

●吸入後

- ⑨ マウスピース(吸入口)を開けてカプセル内に薬(粉末)が残っていないか確認できているか (よい 普通 次回確認)
- ⑩ 残っている場合、もう一度吸入できているか (よい 普通 次回確認)
- ⑪ 空のカプセルをきちんと捨てているか (よい 普通 次回確認)
- ⑫ 吸入後にしっかりとうがいをしているか (よい 普通 次回確認)

ブリーズヘラーの注意点

- ・ カプセルを内服しない
- ・ 乾いた清潔な布などでマウスピース(吸入口)の内側と外側を拭き取り、水洗いはしない
- ・ 30日を目安にデバイスを交換する

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:
患者名:

薬局名:
指導薬剤師名:

ディスカス

セレベント フルタイド アドエア

項目
番号

●吸入前

- | | | | |
|------------------------|------|----|--------|
| ① 薬剤残量カウンターを確認しているか | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ② カバーを最後までしっかりと開けているか | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ③ レバーを最後までしっかりと押しているか | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ④ 吸入器を水平に保ったまま操作できているか | (よい | 普通 | 次回確認) |

●吸入時

- | | | | |
|---|------|----|--------|
| ⑤ 吸入直前に吸入口に息を吹きかけていないか | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑥ はやく深く吸入しているか | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑦ 吸入器を水平に保ち吸入できているか | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑧ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (よい | 普通 | 次回確認) |

●吸入後

- | | | | |
|--------------------------------|------|----|--------|
| ⑨ 吸入後にカバーをしっかりと閉めているか(薬剤の湿気防止) | (よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑩ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (よい | 普通 | 次回確認) |

ディスカスの注意点

- ・ 残量カウンターが0になると、レバーが戻らなくなる
- ・ 乾いた清潔な布などでマウスピース(吸入口)の内側と外側を拭き取り、水洗いはしない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:
患者名:

薬局名:
指導薬剤師名:

エリプタ

レルベア アノーロ

項目
番号

●吸入前

- ① 薬剤残量カウンターを確認しているか (よい 普通 次回確認)
② カバーを最後までしっかりと開けているか (よい 普通 次回確認)

●吸入時

- ③ 吸入直前に吸入口に息を吹きかけていないか (よい 普通 次回確認)
④ 吸入口に口をあてる前から吸い始めているか (よい 普通 次回確認)
⑤ はやく深く吸入しているか (よい 普通 次回確認)
⑥ 吸入器を水平に保ち吸入できているか (よい 普通 次回確認)
⑦ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか (よい 普通 次回確認)
(苦しくない程度でよい)

●吸入後

- ⑧ 吸入後にカバーをしっかり閉めているか(薬剤の湿気防止) (よい 普通 次回確認)
⑨ 吸入後にしっかりとうがいをしているか (よい 普通 次回確認)

ディスクスの注意点

- ・ カバーを閉じた状態でカウンターの表示が「0」になったら終了です。「0」になった後カバーを開けるとカウンター全面が赤くなり、使用はできません。
- ・ 吸入後きちんとうがいをします。
- ・ 乾いた清潔な布などでマウスピース(吸入口)の内側と外側を拭き取り、水洗いはしない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

ロタディスク

セレベント フルタイム

項目
番号

●吸入前

- | | | | | | | |
|---|------------------------------|---|----|----|------|---|
| ① | トレーを本体から取り外せているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ② | ロタディスクを正しく装着できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ③ | 表示窓の数字を確認しているか(初回吸入時は4に合わせる) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ④ | 吸入器を水平に保ったまま操作できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入時

- | | | | | | | |
|---|--|---|----|----|------|---|
| ⑤ | ディスクにきちんと穴をあけているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑥ | フタを立てたまま吸入していないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑦ | 吸入直前に吸入口に息を吹きかけていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑧ | はやく深く吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑨ | 吸入器を水平に保ち吸入できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑩ | 側面にある空気孔を手指や口唇でふさいでいないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑪ | 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入後

- | | | | | | | |
|---|--------------------|---|----|----|------|---|
| ⑫ | 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
|---|--------------------|---|----|----|------|---|

ロタディスクの注意点

- ・ 乾いた清潔な布などでマウスピース(吸入口)の内側と外側を拭き取り、水洗いはしない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

ツイストヘラー

アズマネックス

項目
番号

●吸入前

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ① 前回の吸入後にキャップがしっかりと閉めてあるか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ② カウンターの数字を確認しているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ③ 吸入するためにキャップを回す際、少し引っ掛かりがあり、同時にカウンターの数字が1つ減ることを吸入毎に確認できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ④ 吸入器は横にせず、立てて回転させているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑤ 1吸入ごとにキャップをしっかりと閉めているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入時

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ⑥ 吸入直前に吸入器に息を吹きかけていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑦ 通気孔を手指や口唇で塞いでいないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑧ 吸入器に口をあてる前から吸い始めていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑨ はやく深く吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑩ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入後

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ⑪ 吸入後にキャップをしっかりと閉めているか(薬剤の湿気防止、次回吸入時の薬剤未充填を防ぐ) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑫ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●その他の注意事項

- | | | | | | |
|--------------------------------|---|----|----|------|---|
| ⑬ カウンターが0になったことに気付かず吸入を続けていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
|--------------------------------|---|----|----|------|---|

ツイストヘラーの注意点

- ・ 薬剤がなくなるとロックがかかり、操作不能となる
- ・ 乾いた清潔な布などでマウスピース(吸入口)の内側と外側を拭き取り、水洗いはしない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

タービュヘイラー

パルミコート オーキシス シムビコート

項目
番号

●吸入前

- | | | | | | |
|---|---|----|----|------|---|
| ① 薬剤残量カウンターを確認できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ② 回転グリップを最初に反時計回りに止まるまで回しているか(クルツ) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ③ 次に、時計回りに「カチッ」音がするまで回し戻しているか(カチッ) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ④ 新しい吸入器使用する時に限り、
パルミコートはクルツ、カチッの操作を2回
シムビコート・オーキシスはクルツ、カチッの操作を3回行っているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑤ 吸入器は横にせず、立てて回転させているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑥ 2吸入する際に、クルツ、カチッを連続2回していないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入時

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ⑦ 吸入直前に吸入口に息を吹きかけていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑧ 通気孔を手指や口唇で塞いでいないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑨ はやく深く吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑩ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入後

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|----|----|------|---|
| ⑪ 吸入後にキャップをしっかりと閉めているか(薬剤の湿気防止) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑫ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●その他の注意事項

- | | | | | | |
|---|---|----|----|------|---|
| ⑬ 吸入器を振った時に出るカサカサ音は乾燥剤の音であり、
薬剤の残量と無関係であることを知っているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
|---|---|----|----|------|---|

タービュヘイラーの注意点

- 吸入確認用ハンカチを用いることで吸入の確認ができる

○主治医への報告内容

- ・指導対象者 本人 家族 その他()
- ・吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・吸気力 問題なし 問題あり
- ・吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

エアゾール

アドエア フルティフォーム

項目
番号

●吸入前

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|----|----|------|---|
| ① 最初の使用時に試し射ちは4回行っているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ② 1週間程度使用間隔が開いた時は、試し射ちを2回を行っているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ③ 吸入前にポンペを軽く振っているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ④ デバイスを正しく持っているか(ポンペの底を上にして持っているか) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入時

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ⑤ ポンペの底を指の力できちんと押せているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑥ 薬剤噴霧時に、呼吸同調ができていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑦ 薬剤をゆっくりと深く吸入ができていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑧ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入後

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ⑨ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑩ キャップを閉じ、デバイスを清潔に保っているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑪ ポンペをデバイスから外していないか
(カウンターの数字がずれることがある) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑫ 保管場所は高温にならない所になっているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

エアゾールの注意点

- ・ エアロチャンバーがあることを伝える
- ・ フルプッシュがあることを伝える(フルティフォーム)
- ・ ポンペをアダプターからはずさない
- ・ 落とすとカウンターの数字が変動する場合がありますので注意して取り扱う
- ・ デバイス全体を水洗いしない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

クリックヘラー

メプチン

項目
番号

●吸入前

- | | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ① 吸入残数を確認しているか
(クリックヘラーのカウンターの数字は、ボタンを押すごとにカウントされる) | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ② 青いボタンを押す前に、デバイスを振っているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ③ 青いボタンをしっかり押しているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |

●吸入時

- | | | | | |
|--|---|----|----|-------|
| ④ 吸入直前に吸入口に息を吹きかけていないか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑤ デバイスを水平に保って吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑥ はやく深く吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑦ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑧ 2吸入の場合1分ほど時間をあけているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |

●吸入後

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|----|----|-------|
| ⑨ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑩ マウスピースを水洗いしていないか、湿ったもので拭いていないか | (| よい | 普通 | 次回確認) |
| ⑪ 吸入後、透明ケースに入れて保管しているか
(薬剤の湿気防止) | (| よい | 普通 | 次回確認) |

クリックヘラーの注意点

- ・ 残り10吸入になると赤い斜線が表示される
- ・ 200吸入すると青いボタンは完全には戻らなくなる
- ・ 2回青いボタンを押しても1回分しか充填されない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:

薬局名:

患者名:

指導薬剤師名:

エアゾール、インヘラー、エロゾル

- アイロミール サルタノール ストメリンD ベロテック フルタイド
 アトロベント テルシガン

項目
番号

●吸入前

- ① 最初の使用時に試し射ちは行っているか (よい 普通 次回確認)
② 試し射ち操作を日常の吸入の際に行っていないか (よい 普通 次回確認)
③ 吸入前にポンペを軽く振っているか(フルタイド、サルタノール、ストメリンDのみ) (よい 普通 次回確認)
④ デバイスを正しく持っているか(ポンペの底を上にして持っているか) (よい 普通 次回確認)

●吸入時

- ⑤ ポンペの底を指の力できちんと押せているか (よい 普通 次回確認)
⑥ 吸入方法が2通りあるが自分に合った方法を選べているか (よい 普通 次回確認)
(フルタイド、サルタノールのみ)
⑦ 薬剤噴霧時に、呼吸同調ができているか (よい 普通 次回確認)
⑧ 薬剤噴霧方向が不安定でないか (よい 普通 次回確認)
⑨ 吸入時に顔をまっすぐに、あるいは少し下向き加減で吸っているか (よい 普通 次回確認)
⑩ 薬剤をゆっくりと深く吸入できているか (よい 普通 次回確認)
⑪ 吸入直後の、数秒程度の息止めができているか (よい 普通 次回確認)
(苦しくない程度でよい)

●吸入後

- ⑫ 吸入後にしっかりとうがいをしているか (よい 普通 次回確認)
⑬ キャップを閉じ、デバイスを清潔に保っているか (よい 普通 次回確認)
⑭ 保管場所は高温にならない所になっているか (よい 普通 次回確認)

エアゾールの注意点

- ・ デバイスを水洗いするとき以外にポンペをアダプターからはずさない
- ・ カウンターがないため、時々容器を振って中に液があるか否か確かめる

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容

年 月 日

ID:
患者名:

薬局名:
指導薬剤師名:

スイングヘラー

メプチン

項目
番号

●吸入前

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----|----|------|---|
| ① 吸入前に薬剤残量カウンターを確認できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ② 表と書いてある面を上に向けて水平にもっているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ③ 水平に保ったまま青色プッシュボタンをカチッと音がするまで押しているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ④ ボタンを押した後、吸入時まで吸入器を水平に保ったままているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入時

- | | | | | | |
|--|---|----|----|------|---|
| ⑤ 吸入直前に吸入口に息を吹きかけていないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑥ 通気孔を手指や口唇で塞いでいないか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑦ はやく深く吸入しているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑧ 吸入器を水平に保ったまま操作および吸入できているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑨ 吸入直後の、数秒程度の息止めができていないか
(苦しくない程度でよい) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

●吸入後

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|----|----|------|---|
| ⑩ 吸入後にキャップをしっかりと閉めているか
(薬剤の湿気防止) | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |
| ⑪ 吸入後にしっかりとうがいをしているか | (| よい | 普通 | 次回確認 |) |

スイングヘラーの注意点

- ・ プッシュボタンを連続2回押しても薬剤は1回分しか充填されない
- ・ 薬剤残量カウンターが“0”のものは使用しない

○主治医への報告内容

- ・ 指導対象者 本人 家族 その他()
- ・ 吸入の必要性 理解している 理解していない
- ・ 吸気力 問題なし 問題あり
- ・ 吸入操作 問題なし 問題あり(チェック項目番号_____)
- ・ その他報告内容