

報告日： 年 月 日

## 服薬情報提供書（吸入指導報告書）

処方箋に基づき調剤を行い、吸入指導を行いましたのでその結果をご報告します。

医療機関名			
担当医			
患者氏名			
生年月日			
指導日			
吸入指導の内容	※初回・継続（ 回目）指導		
【評価の目安】	（できる 1・・・2・・・3 できない）		
項目 \ 薬剤名		再確認	
薬の準備	1・・・2・・・3	要	否
吸入前の息吐き	1・・・2・・・3	要	否
吸入する	1・・・2・・・3	要	否
吸入後の息止め	1・・・2・・・3	要	否
うがい	1・・・2・・・3	要	否
残薬の確認	1・・・2・・・3	要	否
吸入回数	1・・・2・・・3	要	否
説明の内容 （複数選択可）	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> 動画使用 <input type="checkbox"/> 薬剤師による実演 <input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施		
【アドヒアランスの評価】			
内容	評価		
指示通り使用	<input type="checkbox"/> 良好		
	<input type="checkbox"/> 不良		
【連絡事項】			
薬局名			
薬局所在地及び連絡先			
当薬剤師名			