

# 吸入デバイス適正評価チェックシート

患者氏名：

ID：

処方された吸入薬：  pMDI  DPI  SMI (薬剤名： )

pMDI (加圧式定量噴霧吸入器)：エアゾール  
 DPI (ドライパウダー吸入器)：ディスカス、エリプタ、タービュヘイラー  
 SMI (ソフトミスト吸入器)：レスピマット

初回指導  継続指導  医師からの指導依頼

指導対象者： 本人  家族  その他 ( )

①喘息症状について ※1つ当てはまるとコントロール不十分 3でコントロール不良

- ・喘息症状  あり  なし
- ・発作  あり  なし (頻度： )
- ・運動を含む活動制限  あり  なし

**喘息症状、発作ありの場合は、②吸入についてへすすむ**

## ②吸入について

項目	内容		備考欄
吸入速度測定	タービュヘイラー用吸入練習器で音が出せる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
吸入前	吸入器の残量をチェックできる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	(タービュヘイラー) 振った時のカサカサ音は乾燥剤と認識できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	薬をセットすることができる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	補助器具を使用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
吸入	吸入前に息を吐いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	正しい持ち方で吸入できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	(pMDI、SMIの場合) 吸入のタイミングを合わせることができる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	(DPIの場合) 早く深く吸入できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
吸入後	吸入後5秒ほど息止めができる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	吸った感覚がないことに不安がないか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	吸入後うがいをしている (ガラガラ5秒、ブクブク5秒)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 毎日吸入している <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れることが多い		
	<input type="checkbox"/> 症状の有無に関わらず使用 <input type="checkbox"/> 症状がある時のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない		
	<input type="checkbox"/> 1回の吸入量 (回数) と1日の吸入回数について言える		
	<input type="checkbox"/> 残薬あり <input type="checkbox"/> 残薬無し		

メモ

○患者のプロブレム

○指導内容

○患者のケアプラン

上記内容の主治医への情報提供に ( 同意する・同意しない )