

トレーニングレポート（吸入支援用）

年 月 日

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院

科 先生 薬局名：

処方日： 年 月 日 薬剤師名：

患者氏名： TEL：

患者 ID： FAX：

【吸入手技の評価】 処方薬剤名： 支援回数 回目

チェック項目	○	問題点 及び 支援した内容があれば記載
①セット操作		
②息の吐き出し		
③吸い込み		
④息止め		
⑤吐き出し		
⑥うがい		
⑦その他		

スパーサー： 必要 ・ 不要 専用補助具やシール等の配布：

デバイス変更： 必要 ・ 不要

● 吸入支援について下記の通り報告します

【 総合評価・連絡事項 】 該当する箇所に☑または○を付けてください
□問題なし □問題あり（手技・アドヒアランス・理解度・その他）

【 医師返信欄 】 お手数ですが、ご確認の上ご返信をお願いいたします。
報告内容を確認し、以下のように対応します
□次回もフォローお願いします
□次回受診時 検討します
□半年後にフォローお願いします
□その他