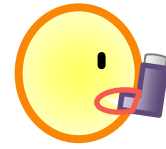


# エアゾール製剤 (吸入補助具なし)



ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (T・S・H 年 月 日)

---

依頼医 金沢市立病院 医師 \_\_\_\_\_

---

アドエア  フルティフォーム  オルベスコ  ビレーズトリ  キュバール

---

サルタノール  メプチン  その他( \_\_\_\_\_ )

---

インチェック( \_\_\_\_\_ L/ min)

### ↓ 注意点、確認点

1 残量表示を確認する	<input type="checkbox"/>	...	残数やカウンターの色で確認
2 キャップをはずし、よく振る	<input type="checkbox"/>	...	キュバール、オルベスコは 振らなくてもよい
3 吸入口をさけて、息を吐き出す	<input type="checkbox"/>		
4 ↓吸入はどちらかの方法で実施			
・吸入口を適切にくわえる	<input type="checkbox"/>	...	吸入口を軽くくわえる
・吸入口をくわえず口から少し離す	<input type="checkbox"/>	...	吸入口を口から3-4cm離す
5 噴霧ボタンを押す	<input type="checkbox"/>	...	押す力が有効か。 逆さにもっていないか
6 十分な深吸気量(5秒以上かけて)	<input type="checkbox"/>	...	息を吸い始めると同時に噴霧。 <b>同調できない場合、吸入補助具考慮</b>
7 息止め(5秒以上)	<input type="checkbox"/>	...	できれば10秒程度。 _____ 秒
8 3~7を必要回数行う	<input type="checkbox"/>		
9 吸入後うがいをする	<input type="checkbox"/>	...	がらがら2回、ぶくぶく2回
理解度			
* 吸入回数を理解している	<input type="checkbox"/>	...	1日 _____ 回、1回 _____ 吸入
* 吸入薬の薬効を理解している	<input type="checkbox"/>	...	コントローラー、リリーバー
* 副作用を理解している	<input type="checkbox"/>	...	声がれ、カンジダ、動悸、手の震えなど

3:できた 2:少しできた 1:できない

### 通信欄

・手技不良のため薬剤変更 :  要  不要      ・コンプライアンス :  良  時々忘れる  よく忘れる  
 ・副作用出現 :  嘔声  口内痛  動悸  振戦  その他( \_\_\_\_\_ )

コメント