

薬局名 _____ 患者氏名 _____ 様 送信枚数 _____ / _____

処方医師名 _____ 先生御机下 処方箋 ID 番号（処方箋に記載あれば）： _____

薬局吸入指導情報提供書

聞き取り日： _____ / _____ / _____

薬品名 ① ② ③

薬剤理解度評価

役割理解	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
用法(1日の回数)	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
用量(1回の回数)	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
うがいの必要性	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
保存方法	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり

手技評価

薬の準備	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
息吐き	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
吸入	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
息止め	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
うがい	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
保管保存	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 難あり
デバイス使用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

指導の継続必要性 あり なし

所見等

主な副作用の発現状況 あり なし

所見等

その他の患者への聞き取り内容等