

報告日： 令和 年 月 日

インフルエンザ吸入指導報告書

病院名：	
診療科：	科
処方医：	先生
指導日：	令和 年 月 日
処方日：	令和 年 月 日

患者名：	ID:
生年月日：（ M・T・S・H・R ）	年 月 日 生
薬局名：	薬剤師名：
電話番号：	FAX番号：

※指導対象： 本人 ・ 家族 ・ その他（ ）

薬品名：	
評価の目安 / 項目	評価点数
デバイス操作を理解しているか？	○ △ ×
吸入前の「息吐き」は適切か？	○ △ ×
吸入中の「速さ」と「強さ」は適切か？	○ △ ×
吸入後の「息止め」は出来ているか？	○ △ ×
説明の内容	☐ 吸入説明書提供 ☐ 口頭指導 ☐ 動画使用 ☐ 薬剤師の実演 ☐ 患者さんによる吸入実施

【連絡事項】

吸入指導後、本様式を当該処方せんとともに
処方せん発行元の薬剤部宛に F A X をお願いいたします。