京都市立病院 (FAX:075-311-6340)　医師：　　　　　　　　　　宛

（患者ID：　　　　　　　　　　　）

**トレーシングレポート(吸入指導評価表)**

患者氏名：　　　　　　　　　性別：　　　　生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

指導日：　　　 年　　 月　　 日、指導回数：（　　　回目）、前回指導日（　　　　 年　　 月　　 日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　薬　品　名　　手　技 | □新規 □継続（薬品名１記載） | □新規 □継続（薬品名２記載） | □新規 □継続（薬品名３記載） |
| ①吸入回数が分かる |  |  |  |
| ②吸入器具の正しい取扱いができる |  |  |  |
| ③薬の残量確認、準備ができる |  |  |  |
| ④吸入前の息吐きができる |  |  |  |
| ⑤深く正しく吸入できる |  |  |  |
| ⑥吸入後、5～10秒間息止めができる |  |  |  |
| ⑦吸入後、息をゆっくり吐き出せる |  |  |  |
| ⑧吸入後、うがいを３回できる |  |  |  |

○（できる）、△（今後も確認が必要）、×（できない）の３段階でご記入ください。

＜医師への連絡事項＞　　　（※緊急時は病院へ疑義紹介をしてください）

|  |
| --- |
|  |

保険薬局名

保険薬剤師氏名

TEL（FAX）番号