

# 吸入指導の流れ

呼吸器内科医師より、患者さんからの吸入指導同意取得の際に、算定の情報提供がなされていますが、再度ご確認をお願い致します。

## 手順

①患者さんより院外処方せんを受け取り、「吸入指導お願いします」の旨のコメントを確認する。

・院外処方せんへの「吸入指導お願いします」のコメントにより、医師からの吸入指導依頼および患者さんからの吸入指導同意取得とさせていただきます。

※吸入指導依頼書を用いた患者さんからの吸入指導同意取得の運用は廃止となりました。

・院外処方せんへ医師からの吸入指導依頼のコメントがなく、薬局様より吸入指導が必要と判断した場合は、疑義照会にて「吸入指導お願いします」のコメントの追加の可否を医師へご確認お願い致します。

②練習用器具等を用いて吸入指導を行う。

・各デバイスのメーカーパンフレットや吸入指導情報提供書（以下書式Ⅱ）項目をご参照いただけますと幸いです。

③吸入操作方法の確認とその評価を書式Ⅱへ記載を行う。

・書式Ⅱは横浜南共済病院薬剤科のHPよりダウンロード可能です。

・初回指導時は、指導後の欄に○可 △再確認必須 ×不可の記入をお願い致します。

・継続指導時は、指導前と指導後で○△×の評価をお願い致します。

（指導前：患者さんだけで吸入操作を行った時、指導後：薬剤師が指導を行った後）

・指導前で問題なく吸入操作を行えている場合は、指導後の欄の記載は不要です。

・実施不可能な場合や急を要する際は、担当医へ疑義照会をお願い致します。

・特記事項がございましたら、フリーコメント欄へご記入お願い致します。

・書式Ⅱの記入方法は、記入例をご参照ください。

④書式Ⅱを横浜南共済病院薬剤科宛てにFAXする。(045-780-3307)

・頂いた書式Ⅱは、呼吸器内科病棟担当の病院薬剤師が内容を確認させていただいた上で緊急度を評価し、医師へ報告させていただきます。

ご不明な点がございましたら、呼吸器内科病棟担当の薬剤師へご連絡お願い致します。(045-782-2101)

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 書式Ⅱ使用デバイス一覧

## ①-1 pMDI (エアゾール)

※基本的な pMDI 製剤に関しては、こちらでご対応いただけますと幸いです。

※使用薬剤毎に一部異なる操作方法がある場合があります。必要時確認項目を手書き等で訂正を行っていただきながら、指導の際は各メーカー吸入指導せんをご参照いただけますと幸いです。

## ①-2 スペーサー

※スペーサーに関しては、確認項目の異なる部分が多くなることを考慮し、別途書式Ⅱを作成させていただきました。必要時ご活用お願い致します。

## ② エリプタ

## ③ ジェヌエア

## ④ タービュヘイラー

## ⑤ ディスカス

## ⑥ ブリーズヘラー

## ⑦ レスピマット

# 吸入指導情報提供書 (pMDI (エアゾール))

書式 II-①-1

診療科 呼吸器内 科 担当医 ◎◎ 医師 指導日 X年 Y月 Z日  
患者 ID 000000 患者氏名 南 太郎 薬品名 ビベスピエアロスフィア  
指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( )

## 1. 初めて使用する場合、3日以上使用しなかった場合

	指導前	指導後
キャップを外し、吸入器を良く振る	○	○
アルミ缶 (補助具) を押し、4回空噴霧する	○	○

## 2. 操作方法

	指導前	指導後
キャップを外し、吸入器を良く振る	○	○
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)	○	○
吸入口全体をしっかりとくわえ、ゆっくり「スーッ」と深く吸いこむ	○	○
タイミング良くアルミ缶 (補助具) を押し	○	○
吸入器から口を離し5秒程度息を止める	△	○
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する	○	○
吸入後はうがいをする	○	○

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 3. 評価 ( で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます  
 次回外来時の再指導が必要と考えます  
 吸入薬の変更を考慮してください  
 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

### 担当薬剤師からの提案内容、評価理由

息止めが行えていませんでしたが、指導後問題なく行う事が出来ていました。今まで息止めすることを知らなかったため行っていなかったとの事です。再指導で理解度の確認を行います。

### 薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

◎◎薬局◎◎店  
TEL : 000-000-0000  
FAX : 000-000-0000  
南 次郎  
※スタンプ等使用可

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 記入例

# 吸入指導情報提供書 (pMDI (エアゾール))

書式II-①-1

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 初めて使用する場合、3日以上使用しなかった場合

	指導前	指導後
キャップを外し、吸入器を良く振る		
アルミ缶 (補助具) を押し、4回空噴霧する		

## 2. 操作方法

	指導前	指導後
キャップを外し、吸入器を良く振る		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、ゆっくり「スーッ」と深く吸いこむ		
タイミング良くアルミ缶 (補助具) を押し		
吸入器から口を離し5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 3. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (スプレー)

書式 II-①-2

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_  
指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 初めて使用する場合、3日以上使用しなかった場合

	指導前	指導後
キャップを外し、吸入器を良く振る		
アルミ缶 (補助具) を押し、4回空噴霧する		

## 2. 操作方法

	指導前	指導後
キャップを外し、吸入器を良く振る		
吸入口をスプレーの接続部に取り付ける		
軽く息を吐き出し、マスクを顔に当てる、または吸入口をくわえる		
アルミ缶 (補助具) を1回押し、スプレーの中に薬を噴霧する		
ゆっくり大きく吸入する		
そのまま口を閉じ、5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 3. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (エリプタ)

書式II-②

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 操作方法

	指導前	指導後
「カチッ」と音がするまでカバーを開ける		
吸入器を平らに持っている		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、「スーッ」と深く吸いこむ		
吸入器から口を離し5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 2. 評価 ( で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (ジェヌエア)

書式II-③

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 操作方法

操作方法	指導前	指導後
キャップ両側の矢印部分を軽く押して引っ張り、キャップを外す		
吸入器を水平に持ち、ボタンを下までしっかり押し込んで離す		
表示について、赤色から緑色へ変化していることを確認する		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、ゆっくり「スーッ」と深く吸いこむ		
吸入器から口を離し5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
表示について、緑色から赤色へ変化していることを確認する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 2. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (タービュヘイラー)

書式II-④

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 初めて使用する場合、3日以上使用しなかった場合

	指導前	指導後
キャップを外して回す		
回転グリップを左右に回して必要回数「カチッ」と鳴らす		

## 2. 操作方法

	指導前	指導後
回転グリップを右へ止まるまで回す		
回転グリップを左へ「カチッ」と音がするまで戻す		
空気口をふさがずに吸入器を持つ		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、「スーッ」と深く吸いこむ		
吸入器から口を離し5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 3. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (ディスカス)

書式II-⑤

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_  
指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 操作方法

操作方法	指導前	指導後
カバーを「カチッ」と音がするまで開ける		
レバーを「カチッ」と音がするまで下げる		
吸入器を水平に持つ		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、強く深く「スーッ」と深く吸いこむ		
吸入器から口を離し5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 2. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (ブリーズヘラー)

書式II-⑥

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 操作方法

	指導前	指導後
アルミシートからカプセルを取り出す		
ブリーズヘラーのキャップを外す		
吸入口を開けてカプセル充填部に入れて音がするまで閉める		
吸入口を上に向けて持ち、両側のボタンを同時に押す		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、「スーッ」と深く吸いこむ		
吸入器から口を離し5秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
カプセルを取り出し廃棄する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 2. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023.6)

# 吸入指導情報提供書 (レスピマット)

書式 II-⑦

診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_ 医師 指導日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

指導を受けた方:  ご本人  ご家族  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 初めて使用する場合

	指導前	指導後
キャップを閉じた状態で、安全止めを押しながら透明ケースを外す		
カートリッジを吸入用器具に奥まで挿入し、透明ケースを装着		
キャップを閉じた状態で上向きにする		
透明ケースを「カチッ」と音がするまで右に 180 度回転させる		
キャップを開けて、下に向けて噴霧ボタンを押す (計 4 回)		

## 2. 操作方法

	指導前	指導後
キャップを閉じた状態で上向きにする		
透明ケースを「カチッ」と音がするまで右に 180 度回転させる		
キャップを開ける		
「フーッ」と息を吐き出す (吸入口に息を吹き込まない)		
吸入口全体をしっかりとくわえ、ゆっくり「スーッ」と深く吸いこむ		
タイミング良く噴霧ボタンを押す		
吸入器から口を離し 5 秒程度息を止める		
ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する		
吸入後はうがいをする		

(○可 △再確認必須 ×不可で評価、継続時は指導前と指導後で評価)

## 3. 評価 (☑で選択、急を要する場合は疑義照会として担当医へ電話をお願い致します)

- 正しく吸入操作行われているため、問題ないと考えます
- 次回外来時の再指導が必要と考えます
- 吸入薬の変更を考慮してください
- 吸入薬の使用は困難と考えます → 疑義照会をお願い致します

担当薬剤師からの提案内容、評価理由

薬局名、連絡先、薬剤師名記入欄

情報提供ありがとうございました。

(横浜南共済病院 薬剤科 2023. 6)