

患者ID : _____

《吸入評価表》

患者氏名: _____

☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

デイスカス(薬剤名: _____)	病院	薬局
カバーとレバーをカチリと音がするまで開ける。		
デイスカスを水平に保つ。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 (吸入口に息を吹きかけない)		
ストローで水を吸うように、速く深く吸い込む。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、カバーを閉じる。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名 : _____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり (理由 : _____)
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり (理由 : _____)	☐ なし ☐ あり (理由 : _____)
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり (理由 : _____) →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり (理由 : _____) →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嚔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嚔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり (理由 : _____)
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID: _____

《吸入評価表》

患者氏名: _____

- ☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
 包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

ツイストヘラー（薬剤名: _____）	病院	薬局
吸入器を垂直に立てた状態にして、ふたをはずす。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
正面を向いて速く深く吸入する。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、ふたを閉じる。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	____年____月____日	____年____月____日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名: _____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり (理由: _____)
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり (理由: _____)	☐ なし ☐ あり (理由: _____)
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり (理由: _____) →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり (理由: _____) →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり (理由: _____)
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
 ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
 処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID: _____

《吸入評価表》

患者氏名: _____

- ☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
 包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

タービュヘイラー（薬剤名: _____）	病院	薬局
吸入器を立てた状態にして、ふたをはずす。		
回転グリップを垂直に立てて確実に止まるまで右に回す。		
左に「カチッ」という音がするまで戻す。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
正面を向いて速く深く吸入する。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、ふたを閉じる。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名: _____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり (理由: _____)
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり (理由: _____)	☐ なし ☐ あり (理由: _____)
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり (理由: _____) →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり (理由: _____) →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嚔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嚔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり (理由: _____)
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
 ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
 処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID：_____

《吸入評価表》

患者氏名：_____

☐ 問い合わせ簡素化プロトコールに従い、

吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します

包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。

○：できる △：次回要確認 ×：できない

定量噴霧式吸入器：MDI（薬剤名：_____）	病院	薬局
L字型に持ってキャップを外し、よく振る。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
息を吸い込みながらポンベの底を強く押す。同調できる。		
ゆっくりと大きく息を吸い込む。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、キャップを閉める。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名：_____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり（理由：_____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり（理由：_____）	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
エアロチャンバー 使用の必要性	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →薬剤部で交付 ☐ 購入推奨 ☐ 使用拒否	☐ なし ☐ あり（理由：_____） → ☐ 購入あり ☐ 使用拒否（理由：_____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。

ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。

処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID: _____

《吸入評価表》

患者氏名: _____

- ☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

エアロチャンバー（薬剤名: _____）	病院	薬局
MDIのキャップを外し、よく振る。		
MDIのアダプターと接続部をはめ込む。		
キャップを外し、十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （マスクタイプは不要）		
MDIのボンベの底を強く押し、ゆっくり息を吸う。 （フローインジケーターが動くことを確認する） （マスクタイプは3～5回呼吸を繰り返す）		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、キャップをつける。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名: _____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり（理由: _____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり（理由: _____）	☐ なし ☐ あり（理由: _____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり（理由: _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり（理由: _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり（理由: _____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID：_____

《吸入評価表》

患者氏名：_____

- ☐ 問い合わせ簡素化プロトコールに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○：できる △：次回要確認 ×：できない

ハンディヘラー（薬剤名：_____）	病院	薬局
キャップを完全に開け、内部にあるマウスピースを開ける。		
吸入の直前に1カプセル取り出し、カプセル充填部に挿入する。		
マウスピースを「カチッ」と音がするまでしっかり閉める。		
マウスピースを上向きにして、側面のボタンを確実に一度だけ押してからはなす。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
正面を向いて速く深く吸入する。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ハンディヘラーを口からはなし、ゆっくり息を吐き出す。		
マウスピースを開け、カプセル充填部の穴を下にして、使い終わったカプセルを捨てる。		
マウスピース及びキャップを閉める。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	____年__月__日	____年__月__日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名：_____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり（理由：_____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり（理由：_____）	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（_____）	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（_____）
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID：_____

患者氏名：_____

《吸入評価表》

- ☐ 問い合わせ簡素化プロトコールに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○：できる △：次回要確認 ×：できない

レスピマット（薬剤名：_____）	病院	薬局
キャップを閉じた状態で上向きにして持つ。		
「カチッ」と音がするまで反時計回りに本体を180°回転させる。		
キャップを完全に開ける。		
十分に息を吐いてから吸入口をくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
息をゆっくりと深く吸いながら、噴霧ボタンを押す。		
できるだけゆっくり大きく息を吸い込む。		
苦しめない程度の間息を止める。		
ゆっくりと息を吐き出す。		
一旦キャップを閉め、もう一度繰り返す（1回2吸入）。		
キャップは閉じておく。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	____年__月__日	____年__月__日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名：_____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり（理由：_____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり（理由：_____）	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
エアロチャンバー 使用の必要性	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →薬剤部で交付 ☐ 購入推奨 ☐ 使用拒否	☐ なし ☐ あり（理由：_____） → ☐ 購入あり ☐ 使用拒否（理由：_____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID：_____

《吸入評価表》

患者氏名：_____

- ☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
 包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○：できる △：次回要確認 ×：できない

ブリーズヘラー（薬剤名：_____）	病院	薬局
キャップを外し、マウスピースを開ける。		
1カプセルを取り出して吸入器下部のカプセル充填部に入れ、カチッと音がするまで上部の吸入口を閉める。		
吸入器を上に向けて持ち、両側のボタンを「カチッ」と音がするまで同時に押してから離す。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
正面を向いて速く深く吸入する。（「カラカラ」と音が聞こえる）		
苦しくない程度に息を止める。		
マウスピースを口からはなし、ゆっくり息を吐き出す。		
マウスピースを開き、本体を横に倒して空のカプセルを捨てる。		
マウスピースを閉じてキャップを元に戻す。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	____年__月__日	____年__月__日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名：_____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり（理由：_____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり（理由：_____）	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり（理由：_____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（_____）	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（_____）
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり（理由：_____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
 ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
 処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID : _____

《吸入評価表》

患者氏名: _____

☐ 問い合わせ簡素化プロトコールに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

ジェヌエア（薬剤名： _____ ）	病院	薬局
キャップ両側の矢印を押して引っ張り、外す。		
吸入器本体の正面の信号が赤色になっていることを確認する。 （吸入前の状態）		
吸入器本体のボタンが上にくるように水平に持ち、下までしっかりと押して離す。		
吸入器本体の正面の信号が緑色になっていること確認する。 （吸入準備ができた状態）		
十分に息を吐いてから、マウスピースを軽くかんで唇で包むように深くくわえる。		
正面を向いて速く、深く吸い込む。（「カチ」という音を確認した後も最後まで息を吸う）		
苦しくない程度に息を止める。		
マウスピースを口からはなし、ゆっくり息を吐き出す。		
吸入器本体の信号が赤色になっていることを確認する。（吸入できた状態）		
マウスピースを閉じてキャップを元に戻す。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 （TEL）	神戸大学医学部附属病院薬剤部 （代表 078-382-5111）	薬局名： _____ （ _____ ）
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり （理由： _____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり （理由： _____）	☐ なし ☐ あり （理由： _____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり （理由： _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり （理由： _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（ _____ ）	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（ _____ ）
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり （理由： _____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID : _____

《吸入評価表》

患者氏名: _____

☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

エリプタ（薬剤名： _____ ）	病院	薬局
カバーをカチッと音がするまで開ける。		
エリプタを水平に保つ。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
正面を向いて速く深く吸い込む。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、カバーを閉じる。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 (TEL)	神戸大学医学部附属病院薬剤部 (代表 078-382-5111)	薬局名： _____ (_____)
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり（理由： _____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり（理由： _____）	☐ なし ☐ あり（理由： _____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり（理由： _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり（理由： _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他(_____)
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり（理由： _____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。

患者ID : _____

《吸入評価表》

患者氏名 : _____

☐ 問い合わせ簡素化プロトコルに従い、吸入指導後、下記の三段階で評価をお願い致します。
包括的合意のもと、吸入薬指導加算を算定し、指導しました。 ○: できる △: 次回要確認 ×: できない

スイングヘラー（薬剤名： _____ ）	病院	薬局
キャップを完全に開け、表（水平）と表示している面を上に向けて持つ。		
青色の押しボタンをカチッと止まるところまで強く押す。		
十分に息を吐いてからマウスピースをくわえる。 （吸入口に息を吹きかけない）		
正面を向いて速く深く吸入する。		
苦しくない程度に息止めをする。		
ゆっくり息を吐き出し、キャップを閉める。		
「ぐじゅぐじゅ」と「ガラガラ」のうがいを行う。		

	病院記載欄	薬局記載欄
指導日	_____年____月____日	_____年____月____日
連絡先 （TEL）	神戸大学医学部附属病院薬剤部 （代表 078-382-5111）	薬局名： _____ （ _____ ）
指導者		
残薬		☐ なし ☐ あり （理由： _____）
吸入手技・ 吸気流速の問題	☐ なし ☐ あり （理由： _____）	☐ なし ☐ あり （理由： _____）
他剤への変更の 必要性	☐ なし ☐ あり （理由： _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	☐ なし ☐ あり （理由： _____） →医師に照会 ☐ 変更あり ☐ 変更なし
副作用出現	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（ _____ ）	☐ なし ☐ あり ☐ 嘔声 ☐ 口腔違和感 ☐ 動悸 ☐ 振戦 ☐ 口渇 ☐ その他（ _____ ）
次回吸入指導の 必要性	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり （理由： _____）
自由記載欄		

本吸入評価表を用いて吸入指導のほどよろしくお願い致します。
ご不明な点などございましたら神戸大学医学部附属病院薬剤部HPをご確認ください。
処方に疑義がある場合は直接処方医に疑義照会を行って下さい。