



吸入支援トレーニングレポート（服薬情報提供書）

処方年月日 年 月 日 処方医 科 先生

患者名： (ID：)	保険薬局 名称・住所
患者からの同意 ☐ 得た ☐ 得ていない	
☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： FAX： 担当薬剤師： 指導対象者： ☐ 本人 ☐ その他 ()
指導回数： ☐ 初回 ☐ 再指導 () 回	指導方法： ☐ デモ器/実薬 ☐ 説吸入明書 ☐ 動画 ☐ 口頭 ☐ その他 ()

【疾患・薬剤に関する認識度】 評価 (○：できる △不十分/確認必要 ×できない)

内容	薬剤名 ()	薬剤名 ()	薬剤名 ()
疾患（病態）についてわかる			
薬剤名がわかる			
薬効（薬の役割）がわかる			
用法（吸入時間）がわかる			
用量（吸入回数）がわかる			
保管方法がわかる			

【手技に関する理解度】 評価 (○：できる △不十分/確認必要 ×できない)

内容	薬剤名 ()	薬剤名 ()	薬剤名 ()
① 吸入器具の準備			
② 吸入前の息吐き			
③ 吸入動作（正しく吸入できる）			
④ 吸入後の息止め			
⑤ 吸入後の息吐き			
⑥ 吸入終了後の器具の片づけ処理			
⑦ うがい			
継続指導の必要性	あり・なし	あり・なし	あり・なし

【医師（医療機関）への連絡事項】 ☐ 問題ないため特になし

☐ 問題あり→☐ 吸入手技・☐ 吸気速度⇒☐ 処方変更依頼 _____ ☐ 中止依頼

☐ 同調が難しいためスパーサー使用

☐ 副作用出現⇒☐ 尿閉、☐ 振戦、☐ 動機 ☐ 嘔声 ☐ 口腔内違和感 ☐ その他 _____

⇒処方変更依頼 ☐ なし ☐ あり _____

☐ 併用薬あり _____

残薬 ☐ なし ☐ あり ()

ACT (Asthma Control Test) 測定☐ 有 合計 _____ 点 ☐ 無

CAT (COPD Assessment Test) 測定☐ 有 合計 _____ 点 ☐ 無

【その他連絡事項】

喘息コントロールテスト（Asthma Control Test：ACT）

評価 25 点（満点）：好調。 20-24 点：順調（あと一息） 20 点未満：もっとよくなります。

質問 1 この 4 週間に、喘息のせいで職場や家庭で思うように仕事はかどらなかったことは時間的にどの程度ありましたか？

☐ いつも（1 点） ☐ かなり（2 点） ☐ いくぶん（3 点） ☐ 少し（4 点） ☐ 全くない（5 点）

質問 2 この 4 週間に、どのくらい息切れがしましたか？

☐ 1 日に 2 回以上（1 点） ☐ 1 日に 1 回（2 点） ☐ 1 週間に 3～6 回（3 点）

☐ 1 週間に 1,2 回（4 点） ☐ 全くない（5 点）

質問 3 この 4 週間に、喘息の症状（ゼイゼイする、せき、息切れ、胸が苦しい・痛い）のせいで夜中に目が覚めたり、いつもより朝早く目が覚めてしまうことがどのくらいありましたか？

☐ 1 週間に 4 回以上（1 点） ☐ 1 週間に 2、3 回（2 点） ☐ 1 週間に 1 回（3 点）

☐ 1、2 回（4 点） ☐ 全くない（5 点）

質問 4 この 4 週間に、発作止めの吸入薬（サルブタモールなど）をどのくらい使いましたか？

☐ 1 日に 3 回以上（1 点） ☐ 1 日に 1,2 回（2 点） ☐ 1 週間に数回（3 点）

☐ 1 週間に 1 回以下（4 点） ☐ 全くない（5 点）

質問 5 この 4 週間に、自分自身の喘息をどの程度コントロールできたと思いますか？

☐ 全くできなかった（1 点） ☐ あまりできなかった（2 点） ☐ まあまあできた（3 点）

☐ 十分できた（4 点） ☐ 完全にできた（5 点）

COPD アセスメントテスト（COPD assessment test：CAT）

評価

まったく咳が出ない ① ② ③ ④ ⑤ いつも咳が出ている

まったく痰がつまった感じがしない ① ② ③ ④ ⑤ いつも痰がつまっている 感じがする

まったく息苦しくない ① ② ③ ④ ⑤ 非常に息苦しい

坂や階段を上っても息切れがしない ① ② ③ ④ ⑤ 坂や階段を上ると非常に息切れがする

家での普段の生活が制限されることはない ① ② ③ ④ ⑤ 家での普段の生活が非常に制限される

肺の状態を気にせずに外出できる ① ② ③ ④ ⑤ 肺の状態が気になって外出できない

よく眠れる ① ② ③ ④ ⑤ 肺の状態が気になってよく眠れない

とても元気だ ① ② ③ ④ ⑤ まったく元気がない