

ID 名前

補助具の使用有無

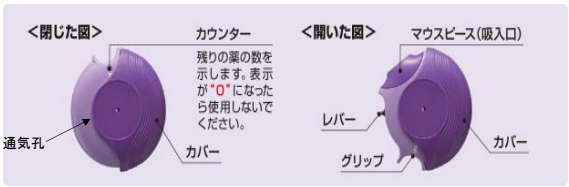
アドエア（ディスカス）チェックシート【ICS/LABA】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

副作用確認	暖声、咽頭痛、口腔カンジダ、振戦、動悸	/	/	/	/	/	/
アドヒアランス	1 用法用量が言える 1日 回 1回 吸入 毎日決まった時間に吸入をする（ ）時（ ）時						
準備	2 カウンターで残量を確認できている						
	3 カバーを持ち、グリップを音がするまでまわしている						
	4 容器を水平に保ち、レバーを音がするまで押せている（カウンターの数字が1つ減り、薬がセットされる）						
吸入	5 【息吐き】無理をしない程度に、 <u>しっかりと2～3秒ほど息を吐き出す</u> ことができている（マウスピースに息を吹きかけない）						
	6 【吸入】マウスピースをくわえ、 <u>深く「スーッ」と力強く吸い込む</u> ことができている ※吸入器は平らに持ち、通気口をふさがないように注意						
	7 【息止め】マウスピースから口を離し、無理をしない程度に <u>5秒程度息を止める</u> ことができている						
	8 【カバーをとじる】親指をグリップにあて、音がなるまで回し戻すことができている						
うがい	9 吸入後、うがい（ぶくぶく、ガラガラ各2回）を行うことができる ※誤嚥の危険がある場合はこの限りではない。食事や飲水で対応してもよい						

保管と管理  
吸入後はカバーを閉めて室温で保管し、吸入口は乾燥した布で拭く（水洗いはしない）  
使用期限まで使用可能 ※薬が残っていても保管せずに廃棄する  
吸入できたかの確認：わずかな甘みや粉の感覚あり、デバイスを逆さにして薬がでてこなければ吸入できている

×の項目は○になるまで行う  
×が○にならない場合は医師、薬剤師に相談しデバイス変更や家族、医療者の補助などを検討



申し込み事項						
確認者：	確認者：	確認者：	確認者：	確認者：	確認者：	確認者：

かかりつけ薬局、かかりつけ医、施設等の皆さまへの申し込み事項

このチェックシートは情報提供書に同封したり、お薬手帳に貼ることで処方医様、かかりつけ薬局様等との情報共有にも使用できます。