

ID 名前

補助具の使用有無

アトロベントエロゾル【SAMA】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

		/	/	/	/	/	/	/
副作用確認	口渇、尿閉（頻尿、残尿感など）、緑内障（眼痛、視覚異常など）							
アドヒアランス	1 1回 噴霧 1日 回							
準備	2 【初回】使用前に2回試し噴霧する。 ※3日以上使用していない場合は1回予備噴霧を行う							
	3 吸入の残数または終わる日付を把握する（残数カウンターはついていない）							
	4 青いキャップをはずす							
吸入	5 【息吐き】無理をしない程度に、しっかりと2～3秒ほど息を吐き出すことができる ※マウスピースに息を吹きかけない							
	6 【吸入】マウスピースを唇または軽く歯でくわえ、息を吸うと同時にアルミ缶を押し、 <u>ゆっくり深く</u> 吸うことができる ◆クローズドマウス法：吸入口を口から3～4cm離して息を吸い込むと同時に噴霧して吸入する方法もあり							
	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> ことができる							
	8 【複数回吸入する場合】5～7の操作をくりかえす							
	9 キャップをしめる							
うがい	10 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 容器は時々水洗いする
ポンベは洗わない

×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



申し送り事項						
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送り事項

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。