

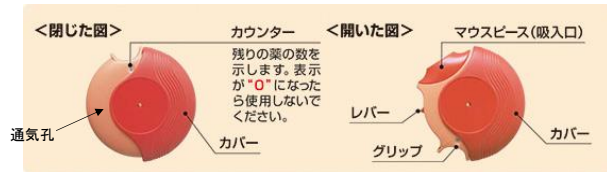
ID 名前

補助具の使用有無

フルタイム（ディスカス）チェックシート【ICS】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

		/	/	/	/	/	/	/
副作用確認	嘔声、咽頭痛、口腔カンジダ							
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、しっかりと2～3秒ほど息を吐き出すことができている（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、深く「スーッ」と力強く吸い込むことができている ※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5秒程度息を止めることができている							
	8 複数回吸入する場合はカバーを閉じて3～7を繰り返す。							
	9 【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	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	吸入後はカバーを開けて室温で保管し、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	×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						
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		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