

ID 名前

補助具の使用有無

フルティフォームエアゾールチェックシート【ICS/LABA】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

		/	/	/	/	/	/	/
副作用確認	嘔声、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 【初回又は3日以上使用しなかった時】 キャップの左右を持ってはらずし、吸入器をよく振ってから4回空噴霧できる							
	3 【2回目以降】キャップの左右を持ってはらずし、吸入器をよく振ることができる							
	4 カウンターの残を確認できる							
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る							
	6 【吸入】マウスピースを軽く曲ぐくえ、息を吸うと同時にアルミ缶を押し、 <b>ゆっくり深く吸う</b> 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 <b>5秒程度息を止める</b> 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							
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	吸入後はキャップを閉めて30℃未満の場所で清潔に保管。 少なくともマウスピースの外側と内側を週に1回以上乾燥した布で拭く。 ※使用後は地方自治体で定められた廃棄方法で廃棄する  ボンベが押せない場合は補助具あり（フルブッシュ）。薬剤師へ相談して下さい。 薬の噴霧と吸入が同調できない場合はスパーサーを使用（当院にはなし）	×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、かかりつけ薬局様などの情報共有にも使用できます。