

ID 名前

補助具の使用有無

オーキシス（タービュヘイラー）チェックシート【LABA】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

		/	/	/	/	/	/	/
副作用確認	動悸、振戦							
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 【初回のみ】青緑色の回転グリップを左右に回し「カチッ」と3回鳴らすことができる (後発品は回数異なることあり)							
	3 カウンターで残量を確認することができる							
	4 吸入器をまっすぐ立て、青緑色の回転グリップを右へとまるまで回し、 左へ「カチッ」と音がするまで戻すことができる							
吸入	5 【息吐き】無理をしない程度に、しっかりと2～3秒ほど息を吐きだすことができる（吸入口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る ※吸入する時は青緑色の回転グリップを片手で持ち、吸入器本体を握らない（吸気孔を塞がない）							
	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る（必須でないが推奨）							
うがい	8 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室温保管。 マウスピースの外側を週に1、1回乾燥した布で拭く。水洗いしない	×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						
吸入できているかの確認：マウスピースにハンカチをかぶせて吸入しハンカチに薬がついたら吸入できている 味はしない 回転が困難な場合グリップサポーターあり 吸入練習用筒あり。薬剤師に相談してください		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。