

ID 名前

補助具の使用有無

キューバルエアゾールチェックシート【ICS】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

		/	/	/	/	/	/	/
副作用確認	咳声、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 【初回】アダプターにアルミ容器が正しく装着されているか確認し 灰色のキャップをはずし、2回空噴霧できる							
	3 【2回目以降】アダプターにアルミ容器が正しく装着されているか確認し 灰色のキャップをはずす							
吸入	4 【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> ことができる							
	5 【吸入】マウスピースを軽く歯でくわえ、息を吸うと同時にアルミ缶を押し、 <u>ゆっくり深く吸う</u> 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							
	6 【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							
	7 【複数回吸入する場合】4～6の操作をくりかえす							
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30℃以上の場所におかない。 アダプターは少なくとも週1回水かぬるま湯で洗浄、乾燥させる（アルミ容器は濡らさない） ※使用後は地方自治体で定められたアルミ容器の廃棄方法で廃棄する アルミ容器に穴をあける時は空にしてからあける	×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						
薬の噴霧と吸入が同調できない場合はスプレーサーを使用（当院にはなし）		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。