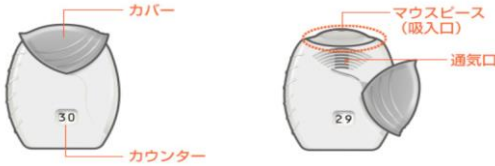


ID 名前

補助具の使用有無

テリルジー（エリプタ）チェックシート【ICS/LABA/LAMA】

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、口渇、尿閉（頻尿、残尿）、緑内障（眼痛、視覚異常など）							
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							
	準備							
吸入	2 カウンターで残量を確認できている							
	3 カバーを「カチッ」と音がするまで横に開けて吸入口をだすことができている （カウンターの数字が一つ減ることを確認）							
	4 【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ている （マウスピースに息を吹きかけない）							
うがい	5 【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、通気口をぶさがないよう注意							
	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5秒程度息を止めることができている							
保管と管理	吸入後はカバーを閉めて室温で保管する ※吸入口は乾燥した布で拭く（水洗いはしない）	×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						
	包装トレイ開封後は6週間以内に使用する ※薬が残っていても保管せずに廃棄する	申し込み事項						
吸入できたかの確認：わずかな甘みや粉の感覚あり 吸入練習用笛あり エリプタ吸気流速は30L/min		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。