吸入指導報告書

患者 ID：

患者氏名：

指導日：

薬局名：

指導薬剤師名：

該当する報告内容に☑チェックをお願いします

☐ 吸入手技が不良です

（具体的に：　　）

☐ 吸入流速が不足しています

☐ 吸入後の息止めができていません

☐ 吸入後のうがいができていません

☐ 残薬が多数あり、コンプライアンス不良です

☐ 吸入補助具の使用を開始しました（スペーサーなど）

☐ その他

（具体に：　　）

FAX 送信先：

0852-60-8063

松江市立病院　薬剤部 薬剤師

藤原　直也、今井　孝