

小川赤十字病院 吸入連携 確認リスト

※ 確認リスト項目へのご意見がございましたら、吸入指導報告書の特記事項にご記載ください

レスピマット



- ※ 最初に使うときは、カートリッジの装着と空うちが必要
- ※ 側面の残量目盛りは目安の為、使い始めの日を記入
(1本30日分)
- ※ 背筋を伸ばして胸をはりまっすぐ前を向く

操作方法	確認リスト
① 準備 (7項目)	<input type="checkbox"/> (初回のみ) カートリッジが奥まで入っていない <input type="checkbox"/> (初回のみ) 空うちを4回行っていない <input type="checkbox"/> 毎日空うちをしている <input type="checkbox"/> 残量を確認していない <input type="checkbox"/> ケースを180度回せない(持つ位置、回す方向、力) <input type="checkbox"/> キヤップを開けたままケースを回している <input type="checkbox"/> ケースを回した後キヤップを開けられない
② 息吐き (2項目)	<input type="checkbox"/> 息吐きを行っていない <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い
③ 吸入 (7項目)	<input type="checkbox"/> 「ゆっくり、深く」吸えていない <input type="checkbox"/> 強く吸い過ぎてむせてしまう <input type="checkbox"/> くわえていない <input type="checkbox"/> くわえ方に問題がある <input type="checkbox"/> 本体はまっすぐ喉に向けられているか <input type="checkbox"/> 通気口をふさがず、隙間なくくわえられているか <input type="checkbox"/> 薬剤が出ている間、息を吸い続けられない
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 息止めを行っていない
⑤ 息吐き	
⑥ 繰り返し	<input type="checkbox"/> まとめて充填して1回で吸おうとしている
⑦ 後片付け	
⑧ うがい	<input type="checkbox"/> うがいをしていない (ICSとの混乱や口腔内の薬剤除去を考慮し、統一化を図る)