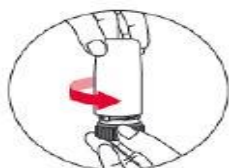


小川赤十字病院 吸入連携 確認リスト

※ 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

タービュヘイラー



キャップを回して外します。



- ※ タービュヘイラーホイッスルで音の確認
- ※ 初回のみ空うちが必要
- ※ 開封日と使用可能日数を本体記入
- ※ 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 (9項目)	<input type="checkbox"/> 初回空うちを行っていない (シムビコート3回、オーキシス3回、パルミコート2回) <input type="checkbox"/> 毎回空うちをしている <input type="checkbox"/> キャップをあけられない <input type="checkbox"/> 残量を確認していない <input type="checkbox"/> デバイスを横にして充填操作している <input type="checkbox"/> マウスピースをつまんで充填操作している <input type="checkbox"/> グリップが止まるまで右に回していない <input type="checkbox"/> カチッと音がするまで左に戻していない <input type="checkbox"/> クルッ、カチの順番が逆転している
② 息吐き (3項目)	<input type="checkbox"/> 息吐きを行っていない <input type="checkbox"/> 吐いた息をデバイスに吹きかけている <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い
③ 吸入 (7項目)	<input type="checkbox"/> 「強く、早く、深く」吸えていない <input type="checkbox"/> 吸気口を口や指でふさいでいる <input type="checkbox"/> 笛の音が鳴らない <input type="checkbox"/> 姿勢は正しいか <input type="checkbox"/> 息吐きできているか <input type="checkbox"/> 隙間なく、くわえられているか <input type="checkbox"/> 口すぼめ呼吸はできるか
④ 息止め	<input type="checkbox"/> 息止めを行っていない ※必須ではないが推奨
⑤ 息吐き	
⑥ 繰り返し	<input type="checkbox"/> (複数回吸入時) まとめて充填して1度で吸おうとしている
⑦ 後片付け	<input type="checkbox"/> 吸入後にグリップを回している <input type="checkbox"/> キャップを締めていない
⑧ うがい	<input type="checkbox"/> うがいをしていない <input type="checkbox"/> うがいをしているが不十分
⑨ その他	<input type="checkbox"/> 吸った感覚が無いことが不安 <input type="checkbox"/> 振ると音 (乾燥剤の音) がするので薬が残っていると思っている