

# 吸入指導依頼・結果報告書

Fax送信先: 025-256-6710  
連絡先: 木戸病院 内科外来

木戸病院 依頼医師: \_\_\_\_\_

新規処方  継続処方

ID: _____ 薬剤名: _____ <依頼内容> <input type="checkbox"/> 吸入手技 <input type="checkbox"/> アドヒアランス ----- <input type="checkbox"/> SABA(アシストユース) <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食事時 <input type="checkbox"/> 外出時 <input type="checkbox"/> 坂道・階段 <input type="checkbox"/> 入浴時 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 追加吸入(SMART療法)のタイミング※シムピコートのみ	<疾患> <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 咳喘息 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <症状コントロール> ×      △      ○
--	---

特記事項(アレルギー、副作用等)

吸入手技	初回	次回	半年後
指導日			
①薬の準備			
②息吐き			
③吸入			
④息止め			
⑤後片付け			
⑥うがい			

薬の理解	初回	次回	半年後
①薬品名が言える			
②薬効がわかる			
③用法・用量			
④保存方法			
⑤うがいの必要性			

※評価方法: ○できる △確認必要 ×できない

<薬剤師 → 医師へのコメント>

① 年 月 日 薬局名: _____   処方変更の必要性: 有 ・ 無      継続指導の必要性: 有 ・ 無	指導薬剤師名: _____   指導薬剤師名: _____
② 年 月 日 薬局名: _____   処方変更の必要性: 有 ・ 無      継続指導の必要性: 有 ・ 無	指導薬剤師名: _____   指導薬剤師名: _____
③ 年 月 日 薬局名: _____   処方変更の必要性: 有 ・ 無      継続指導の必要性: 有 ・ 無	指導薬剤師名: _____   指導薬剤師名: _____

## 患者さまへ

あなたに吸入薬を処方しました。あなたの症状をコントロールする薬を内服ではなく吸入薬として使うことにより、直接患部に薬が届き全身性の副作用も少なくする事ができます。しかし、吸入薬を正しく吸入するのは意外と難しい事です。そこであなたが薬を受け取る際に薬剤師から定期的な吸入の指導を受けることをお勧めします。

この書面は診療医師から調剤薬局薬剤師に、患者さんの「病名や治療に関する情報」をお伝えします。薬剤師が患者さんの診療情報を把握することにより、薬の使い方や安全性等について、適切に助言できると思われれます。

ただし、この指導に際し、保険金額200円(1割負担20円、2割負担40円、3割負担60円)を調剤薬局にお支払いただく場合があります。

説明医師: \_\_\_\_\_

## 同意書

私は吸入指導依頼箋について担当医師より説明をうけ、吸入指導を受ける事を同意して依頼致します。

平成 年 月 日

署名

(本人でない場合 続柄)

\_\_\_\_\_