

《吸入指導依頼箋》

患者様用

患者様 患者ID

医師 ☒ 初回 ☐ 継続

薬品

用法

※医師記入欄 ☐ は「a」を入力すると「レ」となります

- ☐ 喘息 ☐ COPD
☐ その他 ()

以下の点を重点的にお願い致します。

- ☐ 吸入手技 ☐ 薬効説明 ☐ 継続の必要性
☐ その他 ()
- ・ 要指導項目 ☐ 経鼻呼出 ☐ 食前吸入
☐ ()
- ・ 急性増悪 (過去1年以内) ☐ 無 ☐ 入院
☐ 救急受診 ☐ 不明
- ・ アレルギー歴 ☐ 無 ☐ 有 ()

【患者さんへ】

貴方に吸入薬を処方致しました。正しい方法で吸入して頂くために、薬剤師から吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いて頂くようお願いします。この書面により、担当医師から薬局薬剤師へ、あなたの「治療に関する情報」をお伝えすることで、吸入方法や注意点についてより適切な説明が受けられ、有効で安全な吸入が可能になります。尚、担当医師と薬剤師が情報交換することで、ご加入されている保険の負担額に応じ「服薬情報等提供料」として、数十円程度を保険薬局の窓口にてご負担頂くことがあります。

【同意書】

☐ 私は、上記の内容について担当医師から説明を受け、薬剤師から吸入指導を受けることに同意します

☐ 同意しない ☐ 2回目以降（初回にて同意済み）

年 月 日

署名 (本人ではない場合の続柄:)

※ 個人情報の取り扱い：個人情報保護に関する法律、個人情報に関する関連法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います

連絡先（問い合わせ） 姫路医療センター TEL 079 (225) 3211 (病院代表)
FAX 079 (225) 3244 (薬剤部)

《服薬情報提供書（吸入指導報告書）》

実施日 ()
記入後当院薬剤部へFAXをお願い致します。コピーを薬局で保管してください。
原本を患者さんに渡し、お薬手帳にはさんで診察時に医師へ見せるようお願いください。

保険薬局 () 担当薬剤師 ()
電話番号 ()

1. 薬局での吸入指導 ☐ はじめて ☐ 2回目以降
前回指導日 ()
2. 吸入指導の相手 ☐ 本人 ☐ ご家族 ☐ 本人とご家族
3. 残薬状況について ☐ なし ☐ 少しあり ☐ 多量にあり
4. 吸入指導の理解度 ☐ 問題なし ☐ 不安なし ☐ 次回再度確認が必要
特記事項 ()
5. 体調についての気付き ☐ 改善 ☐ 前回と同じ ☐ 悪化
6. 患者さんの質問、不安など ☐ 特になし ☐ 病気について ☐ 治療内容について
☐ 用法用量について
特記事項 ()
7. 今回行ったこと、提案事項 ☐ 特になし ☐ 悪化時の再受診指示
☐ 治療再検討に対する期待
☐ 吸入剤の変更
その他 ()

8. 処方医への伝達事項

★吸入チェックリストです。○できた △次回確認必要 ×できていないで評価してください
日付 () () 回目

説明用 チェック	吸入指導チェック項目	指導前	指導後
	ブリスターを切り離し、止める・切らないの位置まではがし、カプセルを取り出せる		
	ハンディーヘラーのキャップと吸入口をあけられる		
	取り出したカプセルをハンディーヘラーに装填できる		
	マウスピースをカチッと音がするまでしっかり閉める		
	側面の緑ボタンを確実に1度押してから戻している		
	吸入前に苦しくならない程度に息を吐き出している		
	カプセルのふるえる音が鳴る程度の吸入ができる		
	吸入後、口を閉じて5秒程度の息止めができる		
	吸入後、吸入口をあけ、手を触れないでカプセルを捨てることができる		
	吸入後のうがいについて知っている		