

吸入指導依頼書

病院→保険薬局→病院へFAX

この吸入指導依頼書は病院と保険薬局の間で治療に必要な情報を交換・共有し、患者さんを中心に連携して有効で安全な吸入療法を行うためのものです。病院では破線枠内を記入します。患者さんには、本依頼書を院外処方せんとともに保険薬局へ提出し吸入指導を受けていただくようご説明下さい。

患者ID： 患者氏名： 年齢： 生年月日：
科名： 担当医師名：

<<医師記載欄>>

該当する項目にチェック☑を入れて下さい。

- 次の指導を重点的にお願い致します。 吸入手技指導 薬効説明 継続の必要性
- 病名 喘息 慢性閉塞性肺疾患(COPD) その他 ()
- 重症度 軽症(間歇型・持続型) 中等症 重症 最重症
- スパーサー(吸入補助具)の必要性 必要 必要時追加(薬剤師の判断でよい)
- 新規処方の吸入薬の開始日(継続薬のみの場合は記載不要) 本日から 明日から
- 医師コメント

<<患者さんへ>>

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響するため、正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。この書面により医師から保険薬局薬剤師に、あなたの病名や治療に関する情報をお伝えします。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。薬局での指導内容は、医師へFAXで返信され診療に反映されます。なお、この吸入指導依頼書を持参し指導を受けた時に薬剤服用歴管理指導料(吸入薬指導)として3ヶ月に1回に限り、保険1割負担の方：30円、2割負担の方：60円、3割負担の方：90円を、保険薬局にてご負担いただきますのでご了承ください。

<<同意書>>

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入療法を支援する本取り組みに参加することに、
 同意します 同意しません

年 月 日 署名： (本人でない場合の続柄：)

※吸入連携への参加に伴い収集された個人情報は個人が特定できないよう匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用する場合があります。

<<保険薬局薬剤師記載欄>>

<評価表の記載方法>

- ①指導日を記載してください。
- ②練習用吸入器などを用いて手技評価を行ってください。(評価方法：○できる・△確認が必要・×できない)
※初回の場合は説明を行い、できることを確認したら☑チェックしてください。
- ③必要に応じて医師への連絡事項を記入してください。
- ④当院薬剤部へFAX送信してください。

指導日： 年 月 日 当薬局での評価回数： 回目

<<吸入手技評価>> 評価方法： ○…できる △…確認が必要 ×…できない

手順	製剤名	製剤名：			製剤名：			製剤名：		
		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	
1	薬剤の準備	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
2	息吐き	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
3	吸入	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
4	息止め	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
5	息吐き	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
6	後片付け	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
7	うがい	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ×
	再指導の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

<医師への連絡事項> 該当する項目にチェック☑を入れて詳細を記入して下さい。

- 吸入手技・吸入流速に問題あり
 同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を開始しました
 副作用あり：口渇・排尿障害(頻尿、尿閉)・嘔声・口腔内違和感・動悸・振せん・眼症状・その他()
 残薬あり()

薬剤師より医師へ/特記すべき事項

薬局名： (TEL： - - FAX - -) 担当薬剤師：

本依頼書の運用は当院ホームページ(薬剤部)をご覧ください。
ご不明な点は右記までお問い合わせください。市立秋田総合病院 薬剤部 担当：斎藤陽子 TEL 0570-01-4171

本依頼書の送信先 FAX 018-863-5860 (薬剤部直通)

2024年10月改訂