

＜吸入手技評価についての情報提供書＞

処方医： _____ 先生 御机下

患者ID： _____ 患者名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

報告日： _____ 年 月 日

薬局名： _____ (TEL: _____ FAX _____) 担当薬剤師名： _____

この情報を伝えることに対する患者の同意を 得た 得ていない

＜吸入手技評価＞ 評価方法： ○…できる △…確認が必要 ×…できない

手順	薬剤	薬剤名： _____			薬剤名： _____			薬剤名： _____		
		<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"/> ×

＜医師への連絡事項＞

※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ことがあります。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

本情報提供書の送信先 FAX 018-863-5860 (薬剤部直通)