

# 吸入指導依頼書(医療機関・処方医→保険調剤薬局・薬剤師)

A

患者名				患者ID				
医療機関名				科名			担当医師名	
TEL				FAX				
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 継続		依頼日				
疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 他( )							
薬剤名	①( )②( )③( )							
指導の依頼内容	<input type="checkbox"/> 病態説明 <input type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 吸入手技 <input type="checkbox"/> 継続の必要性							
	<input type="checkbox"/> その他( )							
スプレー(吸入補助器)の必要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 必要時追加(吸入指導時に薬剤師が判断)			残薬確認	<input checked="" type="checkbox"/> 要			
薬剤アレルギー(アスピリン喘息など)の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
アレルギー性鼻炎の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在喫煙者 <input type="checkbox"/> 前喫煙者 <input type="checkbox"/> 非喫煙者							
担当医師コメント(特記事項)								

吸入指導評価表[B]            内(患者情報)も、医療機関にてご記入ください (白黒印刷可)

## 【患者さんへ】

あなたに処方された吸入薬は、正確で安全な吸入方法を習得することで、良好な治療効果を得ることができます。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。薬局の指導内容(吸入指導評価表)は、医師へ返信され診療に反映されます。

なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1割負担:30円、2割負担:60円、3割負担:90円を、月1回保険薬局にてご負担いただきます。また、吸入指導によりスプレーの使用が必要と判断された場合、スプレー購入費として5000円前後ご負担いただくことがあります。

説明者

## 【同意書】

私は、吸入指導依頼書について説明を受け、十分に理解したうえで、薬剤師から吸入指導を受けることに対して

(  同意します  同意しません )

年 月 日

署名

(本人ではない場合の続柄: )

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

### <保険薬局の方へ>

保険薬局あるいは医療機関にて、同意を取得してください

吸入指導依頼書の受領日、次回処方せん応需日に吸入指導をお願いします

指導後に吸入指導依頼書を記入し、依頼もとへ評価表をFAX送信してください

吸入指導ができなかった場合も、特記事項にその旨を記載し、FAX送信していただきますようお願いいたします

本依頼書の運用は、佐野厚生総合病院ホームページに掲載していますので、ご参照ください (地域医療連携 → 医療機関の方へ)

吸入指導依頼書受領後は、定期的な吸入指導をお願いします(定期的な指導の報告書は、佐野厚生総合病院ホームページより印刷してください)

ご不明な点は、右記にお問い合わせください **佐野厚生総合病院 薬剤部 五月女 TEL:0283-22-5222 内線5010 FAX:0283-22-5381**

# 吸入指導評価表(保険調剤薬局・薬剤師→医療機関・処方医)

B

患者イニシャル	(姓)	(名)	患者ID		
宛先医療機関名			科名	担当医師名	
薬局名					
TEL			FAX		
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 継続			
実施日	1回目	年	月	日	2回目
担当薬剤師名					

説明の内容 (複数選択可)	1回目 2回目		1回目 2回目		1回目 2回目	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	吸入説明書の提供		口頭にて説明		吸入説明書にて説明	
	動画		薬剤師による実演		患者さんによる吸入実施	

【疾患・薬剤に関する認識度】 認識度 ○:分かる △:次回確認が必要 ×:分からない

内容	薬剤	①		②		③	
吸入時間・回数がわかる(定期・頓用)		1回目	○ △ ×	2回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
保管の方法がわかる		1回目	○ △ ×	2回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
継続治療の必要性がわかる		1回目	○ △ ×	2回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×

【手技に関する理解度】 評価方法 ○:分かる △:次回確認が必要 ×:分からない

内容	薬剤 ①		薬剤 ②		薬剤 ③	
①準備	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
②息吐き	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
③吸入(深く、正しく吸入できる)	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
④息止め(5秒間)	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
⑤息吐き	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
⑥後片付け	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
⑦吸入後、うがい3回	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×	1回目	○ △ ×
継続指導の必要性	あり・なし		あり・なし		あり・なし	

＜吸入状況＞ → 薬剤ごとに、右記表のA～Gを選択してください(複数選択可)

- |  |   |
|--|---|
| A. 問題なく吸入可能 ; デバイスで吸入<br>* トレーナーで音が出た、カプセルの残なし | D. 介助があれば吸入できる<br>E. 補助器使用で吸入できる        |
| B. 問題なく吸入可能 ; 実際に吸入<br>* 残なし・布で確認・もれなし         | F. 手技・吸気に問題あり吸入困難<br>G. デバイスを変更すれば吸入できる |
| C. 練習すれば、自分で吸入できる                              |   |

薬剤	1回目							2回目						
①	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G
②	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G
③	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G

※ F・Gの場合は、疑義照会をお願いします  
内容は、特記事項へ記入してください

＜医師への連絡事項＞

	1回目	2回目
同調が難しく、スパーサーの使用を開始		
併用薬		
残薬	なし あり( )	なし あり( )
副作用の出現	なし・嘔声・尿閉・頻尿・口渇・動悸・振戦・その他	なし・嘔声・尿閉・頻尿・口渇・動悸・振戦・その他

※ 副作用の症状に応じ回答を急ぐ場合は、疑義照会をお願いします

【その他 特記事項】 ACT (1回目: 点) (2回目: 点) CAT (1回目: 点) (2回目: 点)

1回目	2回目
-----	-----