

# 吸入指導報告書(保険調剤薬局・薬剤師→医療機関・処方医)

## 【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。吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな説明を受けていただくことにより、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:20円、2割負担:40円、3割負担:60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ーサーの使用が必要と判断された場合、スプーサー購入費として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

患者イニシャル	(姓)	(名)	医療機関患者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	2019年8月10日		担当薬剤師名
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書の提供		<input type="checkbox"/> 口頭にて説明
	<input type="checkbox"/> 動画		<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演
		<input type="checkbox"/> 吸入説明書にて説明	
		<input type="checkbox"/> 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・回数がかかる(定期・頓用)		○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
保管の方法がわかる		○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
継続治療の必要性がわかる		○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×

【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	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
②息吐き	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
③吸入(深く、正しく吸入できる)	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
④息止め(5秒間)	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑤息吐き	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑥後片付け	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×
⑦吸入後、うがい3回	○ △ ×	○ △ ×	○ △ ×

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

薬剤	A	B	C	D	E	F	G
①							
②							
③							

※ 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>

スプーサーの使用を開始	
併用薬	
残薬	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

【その他 特記事項】

※ 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

ACT( 点 ) CAT( 点 )