

吸入指導依頼書 (医師 → 薬剤師)

平成 年 月 日

医療機関名: 科名: 担当医師名:
(TEL : FAX :)

依頼理由	<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 定期確認指導 <input type="checkbox"/> 薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> 症状悪化による確認指導
疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 他()
合併症	<input type="checkbox"/> 心血管疾患() <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他()
処方薬剤名	<input type="checkbox"/> 処方箋通り <input type="checkbox"/> 処方箋に追加あり() <input type="checkbox"/> 他院より処方あり

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 type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
---	------	--

以下の指導を重点的にお願い致します <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()	
SABAの使用法	<input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 運動前 <input type="checkbox"/> アシストユース <input type="checkbox"/> そのほか()

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
慢性副鼻腔炎の有無	<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)

--

【患者さんへ】

正しい方法でお薬を吸入して頂くために、薬剤師の先生から吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いていただくようお願い致します。
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。

【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事を同意する
 同意しない

平成 年 月 日 ※ 2回目以降 (初回にて同意済み)
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、適切に取り扱います。