

吸入指導依頼書(医師⇒患者⇒保険薬局)

この吸入指導依頼書は、医療機関と調剤薬局の間で治療に必要な情報を交換・共有し、患者さんを中心に医薬連携して、有効で安全な吸入療法を行うためのものです。

医療機関では吸入指導依頼書と吸入指導報告書の破線枠内をご記入下さい。患者さんには、本依頼書を院外処方箋とともに保険薬局へ提出し吸入指導を受けて頂くようにご説明ください。

医療機関名: _____ 科名: _____ 担当医師名: _____

(FAX: _____ TEL: _____)

患者ID: _____ 患者名: _____

☒ 該当する項目にチェックを入れて下さい。

● 指導依頼回数: ☐ 初回指導 ☐ 継続指導 (_____ 回目)

● 病 名: ☐ 気管支喘息 ☐ その他 (_____)

● 薬剤アレルギー歴: ☐ なし ☐ あり (_____) ☐ アスピリン喘息

● 真の重症度: ☐ 間欠型 ☐ 軽症持続型 ☐ 中等症 ☐ 重症 ☐ 最重症

● 急性増悪歴(過去1年以内): ☐ なし ☐ あり ☐ 入院 ☐ 救急受診 ☐ 不明

☒ 以下の指導を重点的にお願いします。

● 指導内容: ☐ 吸入手技 ☐ 薬効説明 ☐ 吸入療法の必要性

☐ 気になる事項 (_____)

● スペーサーの必要性: ☐ 必要 ☐ 必要時導入(指導時に薬剤師が判断)

《患者さんへ》

あなたが現在行っている吸入療法は、吸入手技が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事により、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・支援が受けられ、有効で安全な吸入療法が可能になります。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頂きます。

《同意書》

私は、上記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薬剤師より吸入指導を受けることを同意します。

年 _____ 月 _____ 日 ※☐:2回目以後(初回にて同意済)

署名 _____ (本人でない場合の続柄: _____)

吸入支援のために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場合があります。ご不明な点は愛媛小児吸入療法研究会インストラクター制度事務局まで問い合わせ下さい。 連絡先: 松山市民病院薬剤部 井上智喜(TEL089-943-1151 FAX089-947-0026)

吸入指導報告書(保険薬局⇒医療機関)

<FAX 送信先> 医療機関名:

FAX:

TEL:

患者ID: 患者名: 性別: 男・女

生年月日: 年 月 日 担当医師名: Dr.

吸入指導日: 年 月 日 指導回数: 初回指導・継続指導(回目)

使用薬剤および補助器具: 該当するものに○をつけてください

☐ネブライザー(パルミコート液・インタール液・メプチン液・ベネトリン液)

☐定量噴霧式吸入器:pMDI(フルタイド・キュバル・オルベスコ・フルティフォーム・アドエア・メプチン・サルタノール) ☐ディスカス(フルタイド・アドエア・セレベント)

☐タービュヘイラー(パルミコート) ☐スイングヘラー(メプチン)

☐補助器具:スパーサー(エアロチャンバープラス・ボアテックス・オプティチャンバーダイヤモンド)

手技評価:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| ① 薬剤について理解している | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ② 吸入準備が出来る | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ③ 吸入が出来ている | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ④ 息止めが出来る | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑤ うがい出来る | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑥ 残量確認が出来ている | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑦ 吸入器の手入れについて理解している | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑧ スパーサーの使い方を理解している | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑨ スパーサーの手入れについて理解している | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑩ ネブライザーの使い方を理解している | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |
| ⑪ ネブライザーの手入れについて理解している | (よい・ふつう・次回指導・非該当) |

手技総合評価 : (よい・ふつう・次回確認)

アドヒアランス評価 : (よい・ふつう・次回確認)

コメント

<FAX 送信元> 保険薬局名:

FAX:

TEL:

指導確認薬剤師名 :