

吸入指導依頼書

ID: 0000000

テスト ヤクザイ3 様

作成日: 2014年09月22日

(病院  保険調剤薬局)

公立学校共済組合 関東中央病院

●●●●科 医師: ●●●●●●

患者さまへ:

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、有効な治療効果が得られます。そのため、当院では保険調剤薬局と連携して、あなたの吸入療法を支援する取り組みを行っています。院外処方箋とともに、この依頼書を保険薬局へ提出すると、吸入指導を受けることができます。保険薬局での指導内容は、当院へFAXにて返信され、次回以降の診療に反映されます。尚、ご加入されている保険の負担額に応じ「服薬情報等提供料」として月に1回、10～50円程度を保険薬局の窓口にてご負担頂きます。

保険薬局が吸入療法を支援するにあたり、担当医師から保険薬局の薬剤師に、あなたの病名や診療情報が伝えられます。提供された個人情報、あなたの吸入療法をより良いものにするためにのみ使用いたします。

【病名および診療情報】 ※□に✓を記入

1 病名: 気管支喘息 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
 その他 ()

2 吸入指導依頼について: 初回指導 継続指導

3 急性増悪歴(過去1年内): 有 (入院 救急受診) 無 不明

【重点指導依頼項目】 ※□に✓を記入

(i) 吸入手技 薬効説明 吸入治療の重要性

(ii) スペーサーの使用: 必要 不要

(iii) その他: ()

同意書

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け十分に理解したうえで、保険薬局薬剤師による吸入指導を受けることに同意します。

平成 年 月 日

署名 _____ (本人で無い場合の続柄: _____)

かかりつけ薬局様へ: ご不明な点は以下にお問合せ下さい
公立学校共済組合 関東中央病院薬剤部 【8:30～17:15 土日祝日を除く】
TEL:03-3429-1171(内線2402) FAX:03-3429-1184

吸入指導情報提供書

情報提供先医療機関名: (保険調剤薬局 → 処方医)
公立学校共済組合 関東中央病院

担当医: ●●●●科 ●●●●● 殿 報告日: 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称:

(電話) (FAX) 保険薬剤師氏名: 印

処方箋発行日: ●●●●年●月●日 調剤日: 年 月 日

患者氏名: テスト ヤクザイ3 様 生年月日: 0000年00月00日 (0 歳)
ID: 0000000 性別: ●性

1. 処方薬剤の服薬状況(コンプライアンス)及びそれに対する指導に関する情報:

	薬剤製品名				
吸入薬	用法(吸入回数)を答えられるか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	デバイスの操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	吸入前の息吐き時、吸入口に息がかからない様に出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	吸入の強さは十分か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	吸入後の息止めは出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	うがいは出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難有り
	指導薬剤師からのコメント				
他剤					

2. 併用薬剤等の有無 (有 ・ 無)

薬剤名等:

3. 患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)に関する情報

4. 症状等に関する家族、介護者等からの情報

5. 薬剤師から見た本情報提供の必要性

6. その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)

注意:

1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要な場合には、処方箋の写しを添付すること。
4. 上記「5.」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載すること。