

吸入指導依頼書

初版2018年8月

患者ID
患者氏名
生年月日

【 ☐ 初回指導 ☐ 再指導 】

柏崎総合医療センター

依頼医師 _____ 科 _____ 医師 _____

《医師》

呼吸器疾患

(疾患理解: ☐ ○ ☐ ×)

☐ COPD

重症度 (▼選択してください)

☐ 気管支喘息/咳喘息

重症度 (▼選択してください)

☐ その他 (_____)

症状コントロール

☐ 優 ☐ 良 ☐ 可 ☐ 不可

入院歴

☐ 有 ☐ 無

特記事項

アレルギー歴、有害事象、併存症等

依頼内容

☐ アドヒアランス

☐ 薬の理解 吸入薬の効果・利点、定期薬の継続の必要性と緊急薬の使い方の違いに関して
☐ 吸入手技 (準備、息を吐く、吸入、息を止める、後片付け、うがい)
☐ 必要に応じて服薬情報等の提供

☐ 緊急薬の

緊急薬: (_____)のときに (_____)回吸入 (_____)分おいて (_____)回まで

使用タイミングの確認 SMART療法(シムビコートのみ): 症状発現時1吸入 1日 (_____)回まで

☐ その他 (_____)

患者さんへ

あなたに吸入薬を処方しました。あなたの症状をコントロールする薬を内服ではなく、吸入薬として使うことにより、直接患部に薬が届き全身性の副作用も少なくすることができます。しかし、吸入薬を正しく吸入するのは意外と難しい事です。そこであなたが薬を受け取る際に薬剤師から定期的な吸入の指導を受けることをお勧めします。

この書面は診療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」をお伝えするものです。薬剤師があなたの診療情報を把握することにより、薬の使い方や安全性等について、適切に助言できると思われます。

ただし、この指導に際し、保険金額300円(1割負担 30円、2割負担 60円、3割負担 90円)を月1回、保険薬局にお支払いただく場合があります。

※吸入指導については、ご本人が薬剤師より指導を受けて下さい。

説明医師 : _____

同意書

私は吸入指導依頼書について担当医師より説明をうけ、吸入指導を受けることを同意して依頼致します。

年 月 日

署名

☐ :再指導(署名不要 初回にて同意済み)

(本人でない場合の続柄: _____)

(患者さんへ 本依頼書は、院外処方箋とともに保険薬局へ提出して下さい)

※本運用については柏崎薬剤師会HPを参照