

吸入指導依頼箋

吸入指導を依頼することを書面と口頭にて説明いたしましたので、

I D _____ 殿の 吸入指導をお願い致します。

医療機関名 _____ 担当医師名 _____ 依頼日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

F A X : _____

- 【疾患名】 喘息 COPD その他 (_____)
【重症度】 軽症 (間欠型 持続型) 中等症 重症 最重症
【薬剤アレルギー歴】 なし あり (薬剤名 : _____)
アスピリン喘息

<吸入指導>

- 初回指導 定期確認指導 薬剤変更による指導 症状悪化による確認指導
吸入手帳 あり なし

<吸入薬> コントローラーのみ リリーバー処方あり (サルタノール メプチン)

☆MDI (定量噴霧式吸入器)

- オルベスコ キューバル アドエア サルタノール メプチン フルタイド
フルティフォーム

※MDI 吸入方法 オープンマウス法 吸入補助器使用 クローズマウス法

☆DPI (ドライパウダー式吸入器)

- 【ディスクス】 アドエア フルタイド セレベント
【タービューヘイラー】 パルミコート シムビコート オーキシス
【ハンディヘラー】 スピリーバ
【クリックヘラー】 メプチン
【レスピマット】 スピリーバ スピオルト
【ツイストヘラー】 アズマネックス
【ブリーズヘラー】 オンブレス シーブリ ウルティプロ
【エリプタ】 レルベア アノーロ エンクラッセ
【ジャヌエア】 エクリラ

<医師コメント>

【患者さんへ】

- 吸入薬は、吸入手技や吸入動作で、治療効果に大きく影響するため、薬剤師から正確で安全な、吸入方法の指導を受けることにより、良好な治療効果を得ることができます。
- 今まで、吸入薬を使用していた患者さんでも、吸入方法によって、効果に差がでることがありますので、使用状況をその都度、確認させてください。
- この書面は診療医師から調剤薬局薬剤師に、患者さんの「病名や治療に関する情報」をお伝えして、薬剤師が患者さんの診療情報を把握することにより、お薬の使い方や安全性等について適切に助言することが可能になります。
- 薬局での指導内容は、医療機関へ返信され、診療に反映されます。服薬情報等提供料として月1回30~90円を保険薬局で負担いただくこととなります。
- 個人情報、個人が特定出来ないよう匿名化し、吸入療法をより良いものにするためにのみ使用する場合があります。

【同意書】

私は上記の内容について担当薬剤師より説明をうけ、吸入指導を受ける事を同意して依頼いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 3回目以降 (初回同意済み署名無し)

署名 _____ (本人で無い場合の続柄 : _____)

担当薬剤師 _____

※吸入指導の報告の手順は、八千代市薬剤師会のホームページをご覧ください。