吸入指導依頼 兼 連絡シート

吸入治療は患者さまの病気や薬に対する正しい理解と定期的な通院、日頃の状態を医師に伝えることが大切です。気になることがあれば医師や薬剤師にお尋ねください。このシートは患者さまと医師、薬剤師の間を結ぶ大切なものです。医師より指示があった場合、薬局でこのシートをお渡しください。

◆医師記入欄

記入日: 年 月 日

ー

医師名: ㊞

依頼内容
☐ 吸入指導 ☐ 治療変更 ☐ 吸入再確認/再指導

【医師から薬剤師へのコメント】

【薬剤選択】
- ☐ ディスカス(アドエア・フルタイド・セレベント)
- ☐ タービュヘイラー(シムビコート・パルミコート)
- ☐ エリプタ(レルベア)
- ☐ ハンディヘラー(スピリーバ)
- ☐ レスピマット(スピリーバ)
- ☐ ブリーズヘラー(オンブレス・シーブリ・ウルティブロ)
- ☐ ツイストヘラー(アズマネックス)
- ☐ エアゾール/定量噴霧式吸入
  (アドエア・フルティフォーム)
  (フルタイド・オルベスコ・キュバール)

◆薬剤師記入欄

記入日: 年 月 日

薬局名:

薬剤師名:

連絡先 TEL:
FAX:

◆吸入指導評価(吸入指導前のチェック) ◎:できる、〇まずまずできる、△できない

項目＼薬剤名									
デバイス操作	◎	〇	△	◎	〇	△	◎	〇	△
吸入前の息吐き	◎	〇	△	◎	〇	△	◎	〇	△
吸入する	◎	〇	△	◎	〇	△	◎	〇	△
吸入後の息止め・息吐き	◎	〇	△	◎	〇	△	◎	〇	△
うがい	◎	〇	△	◎	〇	△	◎	〇	△
デバイス管理(残数など)	◎	〇	△	◎	〇	△	◎	〇	△
継続(再)指導の必要性	要 ・ 不要			要 ・ 不要			要 ・ 不要		

◆薬剤師より医師への連絡事項

☐ 吸入操作・吸気流速に問題あり ⇒ 処方変更検討の必要性: 無 ・ 有 (変更内容:)

☐ スペーサー導入の必要性: 無 ・ 有

その他
特記事項

【患者さまの同意】

私は吸入指導依頼に関する説明を受け、それらを理解した上で吸入指導を受けることに同意して依頼します。

年 月 日

ご署名:

(ご本人でない場合続柄:)