

# 吸入指導依頼書

年 月 日

保険調剤薬局薬剤師 殿

医師 \_\_\_\_\_ 印

(自筆署名または記名押印)

この「吸入指導依頼書」は、鈴鹿回生病院、附属クリニックと保険調剤薬局の間で治療に必要な情報を共有し、吸入療法に役立てるためのものです。この依頼書を受け取られた場合は、本依頼書に基づき吸入指導をお願いします。指導後は評価内容を別紙「吸入指導評価表」に記入し、処方医宛てに FAX で送信をお願いします。

※ご不明な点は右下に記載した窓口まで問合せください。

患者名 \_\_\_\_\_ (患者 ID: \_\_\_\_\_)

年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 医療機関名 鈴鹿回生病院 クリニック

## 【病名】

喘息 COPD その他( \_\_\_\_\_ )

## 【アレルギー歴】

あり[薬剤: \_\_\_\_\_ その他: \_\_\_\_\_ ]

アスピリン喘息(NSAIDs喘息)

なし

## 【重症度】

軽症 中等症 重症 最重症

## 【依頼内容】

初回指導 継続指導 ( \_\_\_\_\_ 回目)

吸入手技 薬効説明 吸入治療の重要性 その他( \_\_\_\_\_ )

## 【医師コメント】

## 【使用吸入薬】

ステロイド薬	LABA (長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬)	SABA (短時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬)	抗コリン薬	配合剤	
				ステロイド+LABA	抗コリン薬+LABA
<input type="checkbox"/> パルミコート タービュヘイラー	<input type="checkbox"/> オンブレス 吸入用カプセル	<input type="checkbox"/> メプチンエアー	<input type="checkbox"/> スピリーバ レスピマット	<input type="checkbox"/> アドエア ディスカス	<input type="checkbox"/> ウルティプロ 吸入用カプセル
<input type="checkbox"/> フルタイド ディスカス		<input type="checkbox"/> ベロテック エロゾル	<input type="checkbox"/> エクリラ ジャヌエア	<input type="checkbox"/> シムビコート タービュヘイラー	<input type="checkbox"/> アノーロ エリプタ
<input type="checkbox"/> キュバール エアゾール				<input type="checkbox"/> フルティフォーム エアゾール	<input type="checkbox"/> スピオルト レスピマット
				<input type="checkbox"/> レルベア エリプタ	

# 吸入指導評価表

薬剤師→医師

医療機関	医療機関名	鈴鹿回生病院 ・ 鈴鹿回生病院附属クリニック
	担当医師名	殿
患者情報	氏名(当院専用ID)	様 (ID*: )
	指導対象	ご本人 ・ ご家族 ・ その他( )
	薬剤名	

\*当院専用IDは院外処方せんの左上の番号になります。

## 【薬効理解評価】

内容	評価
薬品名	○ ・ △ ・ ×
薬の役割	○ ・ △ ・ ×
用法・用量	○ ・ △ ・ ×
うがいの必要性	○ ・ △ ・ ×
保存方法	○ ・ △ ・ ×
発作の回数(過去1ヵ月)	回

(評価方法: ○:できる、△確認が必要、×できない)

## 【手技評価】

内容	評価/説明
①薬の準備	○ ・ △ ・ ×
②息吐き	○ ・ △ ・ ×
③吸う	○ ・ △ ・ × スプレーサ—使用: あり ・ なし
④息止め	○ ・ △ ・ ×
⑤後片付け	○ ・ △ ・ ×
⑥うがい	○ ・ △ ・ ×

## 【吸入コンプライアンス(2回目以降)】

良好 ・ 不良

## 【薬剤師コメント】

--

保険薬局名: \_\_\_\_\_ (TEL: \_\_\_\_\_)

指導薬剤師: \_\_\_\_\_ 印 指導日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

FAX 先: 鈴鹿回生病院 薬剤管理課  
059-375-1389