

## 栗原市立栗原中央病院 吸入指導依頼票

【患者様へ】現在患者様が行っている吸入指導は、薬剤の効果を高めるために非常に大切です。本指導依頼票は、保険薬局薬剤師による吸入指導をお願いするためのものであり、保険薬局での指導内容は当院に FAX にて返信され、次回以降の診療に反映されます。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【同意書】私は、上記の内容について担当医師または薬剤師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入治療を支援する指導を受けることに同意します。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ (本人でない場合の続柄: \_\_\_\_\_)

本吸入指導により収集された個人情報は個人が特定出来ないように匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用する場合があります。

●患者様 ID ( \_\_\_\_\_ ) 患者様氏名 ( \_\_\_\_\_ )

生年月日 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) 吸入指導日 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

指導回数 初回  ( \_\_\_\_ 回目)

疾患 喘息 慢性閉塞性肺疾患 ACO 不明

指導薬剤 (商品名) < \_\_\_\_\_ >

タービュヘイラー レスピマット ディスカス pMDI【エアゾール】

エリプタ 吸入カプセル スイングヘラー 補助器具 ( \_\_\_\_\_ )

### ●疾患・薬剤に関する認知度

①用法用量がわかる わかる 次回再確認

②継続治療の必要性がわかる わかる 次回再確認<残薬 本>

### ●手技評価

①薬剤セット 問題なし 改善余地あり 該当せず

②吸入前の息吐き 問題なし 改善余地あり

③吸入速度 問題なし 改善余地あり 実施なし

(DPI は強く深く、pMDI は深くゆっくり、デモ器で確認)

④吸入後の息止め 問題なし 改善余地あり

⑤喉うがい 問題なし 改善余地あり 該当せず

### ●医師への連絡事項 (問題点、デバイス変更提案、副作用、併用薬剤など)

※吸入の継続が不可の場合や、副作用発現時は疑義照会お願い致します。

薬局名: \_\_\_\_\_ 指導薬剤師名: \_\_\_\_\_

FAX 送信元: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

本依頼表の送信先 FAX: 0228-21-5351 (栗原中央病院 医事課)

担当医名: \_\_\_\_\_ 先生 case

※令和2年3月作成 ver.2. ご不明な点がございましたら薬剤科高橋 (担当) までご連絡ください TEL:0228-21-5330 (代表)