

# 埼玉県北吸入ネットワーク研究会吸入指導依頼票

( ) 診療所/病院 ( ) 医師 FAX: TEL:

患者氏名 様 ( )  喘息  COPD  その他 ( )  新規  継続

SABA(短時間作用性β2刺激薬)の使用法  リリーフユース(呼吸困難時)  アシストユース(呼吸困難のある動作前) + リリーフユース 1日上限( )回まで使用可能

## コントロール状況

良好  不十分  不良

以下の指導を重点的にお願いします

吸入指導  継続の必要性  薬効説明



医師より薬剤師へ	
----------	--

《患者さんへ》

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響するため正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。この書面により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します。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細かな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。

なお、服薬情報等提供料として、保険金額1割負担20円、2割負担40円、3割負担60円を、月1回保険薬局にてご負担いただきます。

《同意書》

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入治療を支援する本取り組みに参加することに同意します。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  2回目以降(初回に同意済み)

署名 \_\_\_\_\_ (本人でない場合の続柄: )

吸入連携に伴い収集された個人情報は個人が特定できないよう匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用することがあります。

医師欄

《吸入指導》		◎できる・○確認が必要・△できない								
		薬剤1			薬剤2			薬剤3		
手順	薬剤	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	
		①	薬剤の準備	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎
②	息吐き	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
③	吸入	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
④	息止め	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
⑤	息吐き	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
⑥	後片付け	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
⑦	うがい	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
継続指導の必要性		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
薬剤師より医師へ										

・患者さんの訴え ・その他特記事項	
----------------------	--

薬局名 ( ) 担当薬剤師 ( )

TEL: FAX:

薬剤師欄

本用紙は、吸入指導終了後に処方施設へFAXをお願いします。 埼玉県北吸入ネットワーク研究会吸入指導依頼票  
何かご不明な点がございましたら右記までお問い合わせ下さい。 お問い合わせ窓口：サンビレッジクリニック鴻巣 (TEL 048-540-0088)

\* 服薬情報等提供料を算定する場合は、服薬情報等提供料に係る【吸入指導連絡票】を処方施設へ返信をお願いします