

吸入薬指導依頼書

医療機関名： _____ 担当医師名： _____

【●ACT(喘息コントロールテスト) あり なし】

≪診療情報及び指導依頼項目≫

- 統一指導箋を用いた指導回数：初回指導 継続指導（ _____ 回目）
- 病名：喘息 喘息+慢性閉塞性肺疾患（COPD） その他（ _____ ）
- アレルギー歴：あり（薬剤： _____、その他： _____） アスピリン喘息
なし
- 重度症：軽症（間歇型・持続型） 中等症 重症 最重症
- 急性増悪歴（過去1年以内）：あり（入院 救急受診）
なし 不明
- 依頼項目（以下の指導を重点的にお願い致します）
吸入手技 薬効説明 吸入治療の重要性 SMARTの詳細手技・使用方法
SABAの使用法 その他（ _____ ）
- スパーサー(吸入補助具)の必要性：必要 必要時追加
- 医師コメント（その他）

【患者様へ】

この吸入指導依頼書は、医療機関と調剤薬局の間で治療に必要な情報を交換・共有し、患者さんを中心に連携して、有効で安全な吸入療法を行うためのものです。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、吸入薬の使用法や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられます。

【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。

_____年 _____月 _____日 ※：2回目以降（初回にて同意済み）

署名 _____（本人でない場合の続柄： _____）

吸入連携への参加に伴い収集された個人情報個人が特定でき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場合があります