

《吸入指導依頼箋》

年 月 日

外来 院外 / 院内

国立病院機構神戸医療センター

【患者情報】 ID :

初回 ・ 継続

処方医 :

疾患 : 喘息 COPD その他 ()

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 継続の必要性 ()

治療ステップ ステップ 1 ステップ 2 ステップ 3 ステップ 4

コントロール状態 良好 不十分 不良

急性増悪歴 (過去1年以内) 無 入院 救急受診 不明

薬剤アレルギー歴 無 有 () アスピリン喘息 不明

○ 以下の吸入薬の指導をお願いいたします。

	1回吸入数/1日回数		1回吸入数/1日回数
<input type="checkbox"/> デイスカス (アドエア・フルタイド・セバント)	__吸入/__回	<input type="checkbox"/> ツイスター (アスマネックス)	__吸入/__回
<input type="checkbox"/> タービュヘラー (シムビコート・バルミコート)	__吸入/__回	<input type="checkbox"/> クリックヘラー (メプチン)	__吸入/__回
<input type="checkbox"/> ハンディヘラー (スピリバ)	__吸入/__回	<input type="checkbox"/> 吸入補助器具 (エアチャンパー)	__吸入/__回
<input type="checkbox"/> レスピマット (スピリバ)	__吸入/__回	<input type="checkbox"/> 定量噴霧式吸入器 : MDI	
<input type="checkbox"/> プリーズヘラー (オンプレス・シーブ・リウティプロ)	__吸入/__回	(フルタイド・キュパール・オルベスコ・アドエア・フルティフォーム)	__吸入/__回
<input type="checkbox"/> ジェヌエア (エクリラ)	__吸入/__回	(メプチン・サルタノール) 発作止め : 1回__吸入、1日最大__吸入まで	
<input type="checkbox"/> エリブタ (レルベア・アノール)	__吸入/__回		

以下のことを説明・確認しましたので、吸入指導を宜しくお願い致します。

【患者さんへ】

貴方に吸入薬を処方致しました。吸入薬は、直接患部に薬が届き高い治療効果が期待できると共に、全身性の副作用を少なくすることもできます。ただし、吸入薬を正しく吸入するのは意外に難しいことです。そこで貴方が薬を受け取る際に、薬剤師から吸入指導を受けることをお勧めします。

この書面により、診療医師から薬局薬剤師に、貴方の「病名や治療に関する情報」をお伝えします。薬剤師が貴方の診療情報を把握することにより、お薬の使い方や安全性等について適切に助言できると思われま

【同意書】

私は吸入指導依頼箋について担当医師より説明を受け、薬剤師より吸入指導を受けることを同意しました。

年 月 日

署名 _____ (本人でない場合続柄: _____)

吸入指導を担当された薬剤師の先生方へ

※ 指導後は本用紙をFAX
いただきますようお願いいたします。

チェックリスト (<http://www.med.kobe-u.ac.jp/asthma/medic/inhalation.html> 参照)にて評価いただき、Faxにて情報提供いただければ幸いです。

アドヒアランス不良
ステロイドによる有害事象あり ()
LABAによる有害事象 (動悸・振戦・その他 ())
LAMAによる有害事象 (動悸・口渇・その他 ())
その他 ()

特記事項等あればご記入下さい