

吸入指導依頼書(医師→薬剤師)

年 月 日

保険薬局薬剤師の方へ

下記の理由により吸入指導が必要な患者様です。吸入指導後、指導内容等の情報提供書を当院までFAXして頂くようお願い致します。(※FAXでの返信により、月1回の服薬情報等提供料の算定が可能になる場合があります)

※ 吸入手技の指導は別添えのチェックリストを参考にしてください。

一般財団法人 住友病院

担当医師名

FAX 06-6447-3033 (薬剤部)

TEL 06-6443-1261 (代表)

| | |
|------|---|
| 薬剤名 | <input type="checkbox"/> 処方箋通り <input type="checkbox"/> それ以外() |
| 疾患名 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽 <input type="checkbox"/> その他() |
| 合併症 | <input type="checkbox"/> 心血管疾患() <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他 |
| 依頼理由 | <input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 定期指導() <input type="checkbox"/> 薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> 症状悪化による確認指導 <input type="checkbox"/> その他 |
| スプレー | <input type="checkbox"/> 必要(渡し済) <input type="checkbox"/> 必要(患者に購入してもらう) <input type="checkbox"/> 不要 |
| その他 | アレルギー <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 喫煙 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状悪化時の指示がある場合は、処方箋確認の上、患者さんに確認してください。 |

【重点指導依頼項目】

- 吸入手技 薬効説明 吸入治療の重要性 継続の重要性 その他()
スプレーの取り扱い方法

担当医師のコメント(特記事項)

〔 患者様へ 〕

正しい方法でお薬を吸入して頂く 為に、薬剤師より吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いて頂くようお願い致します。

この書面により、担当医師から薬局薬剤師へあなたの治療に関する情報をお伝えすることで、吸入について適切な説明が受けられ、有効で安全な吸入が可能になります。

保険薬局での指導内容は当院へFAXされ、次回以降の診察に反映されます。

尚ご加入されている保険の負担額に応じ「服薬情報等提供料」として、10~60円程度を保険薬局の窓口にてご負担頂きます。

〔 同意書 〕

私は上記の内容について担当医から説明を受け、薬剤師から吸入指導を受けることに同意します。

年 月 日

ご署名

(続柄)

年 月 日

※個人情報他目的に使用されることはありません。

吸入指導ネットワーク