

吸入指導実施報告書・情報提供書

(保険調剤薬局 → 処方医)

情報提供先医療機関名： 一般財団法人 住友病院

担当医：

患者氏名(イニシャル)：	ID：
生年月日(M.T.S.H) 年 月 日 (才) 性別：	
処方箋発行日：	調剤日：
報告日：	指導・確認対象者 本人 ・ その他 (関係：)

処方薬剤のコンプライアンス及びそれに対する指導に関する情報

吸入薬	薬剤製品名			
	用法(吸入回数)を答えられるか？	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	デバイス操作を理解しているか？	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入前の息はき時、吸入口に息がかからない様に出来ている	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か？	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入の強さは適切か？	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入後の息止めは出来ているか？	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	うがい出来ているか？	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
指導薬剤師からのコメント				

説明の内容(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input type="checkbox"/> 口頭指導	<input type="checkbox"/> 動画使用
	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容

吸入状況

<input type="checkbox"/> 問題なく使用可 使用可と判断した理由 <input type="checkbox"/> 製薬会社提供のトレーナーで笛が鳴った <input type="checkbox"/> 実際に吸入してもらった(吸い残しがない・濃い布を当て吸入確認・エアもれなし・ミストもれなし) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 介助あれば吸入可能 <input type="checkbox"/> 何度か練習すれば、なんとか自分で吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能 <input type="checkbox"/> 吸入困難
<input type="checkbox"/> デバイス変更があれば吸入可能 推奨デバイス： 選択理由：
<input type="checkbox"/> スペーサー使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

併用薬剤等の有無 (有・無)

薬剤名等：

患者情報

薬剤アレルギー(アスピリン喘息など) <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
市販薬・健康食品等 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	喫煙歴 <input type="checkbox"/> 現在喫煙者 <input type="checkbox"/> 前喫煙者 <input type="checkbox"/> 非喫煙者

副作用・家族からの情報・薬剤保管情報等その他の報告

--

かかりつけ薬局様へ

- ・ 症状のコントロールが良好な場合でも定期的に吸入を継続するよう指導をお願い致します。
 - ・ 記入後は住友病院へ吸入指導実施報告書・情報提供書を薬剤部までFAXしてください。
 - ・ 吸入困難・デバイス変更依頼などあれば、疑義照会お願い致します。疑義照会もFAXで受付しております。
- FAX: 06-6447-3033 (薬剤部)

情報提供元保険薬局の所在地および名称：
TEL: _____ FAX: _____ 保険薬剤師名: _____

- ・ 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のみ使用致します。
- 吸入指導ネットワーク