

**【吸入指導用】服薬サポート依頼書【処方医→保険薬局】**

施設名：熊本大学病院	患者ID：
受診科： 科	患者氏名：
処方医師（担当者）名：	処方日 年 月 日

回答に緊急を  要する  要さない（ ）日以内に回答

下記の通り、ご依頼すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

対象薬剤名：

分類 <input type="checkbox"/> 手技に関する説明	<input type="checkbox"/> 併用薬の相互作用確認
<input type="checkbox"/> 処方追加・変更に関する説明	<input type="checkbox"/> 残薬・服薬状況に関する説明
<input type="checkbox"/> 禁忌病名の確認	<input type="checkbox"/> 副作用・アレルギーに関する説明
その他（ ）	

依頼事項

**返信欄**

対応（保険薬局薬剤師記入欄） 依頼内容を考慮し、以下のように対応・確認しました。

指導日 年 月 日 説明者  本人  家族  その他

指導歴  初回  2回目以降 前回指導 年 月 日

指導方法  実薬指導  デモ機指導  指導箋指導  口頭指導  その他（ ）

吸入指導加算算定  あり  なし

**【患者情報確認項目】**

他科・他院併用薬  あり  なし 相互作用注意薬  あり  なし

【相互作用注意薬】

**【到達目標達成度】**

初回操作ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
日常的に正しい手技で行うことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
用法、吸入回数の把握（コンプライアンス）	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
むせずに吸入することができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
吸入デバイスに合わせた力で吸うことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
息止め・息吐きができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
吸入後のうがいができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない
デバイスの交換時期を把握している	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ほぼできる	<input type="checkbox"/> ほぼできない	<input type="checkbox"/> できない

**【保険薬局薬剤師による評価、提案】**

課題点  コンプライアンス、アドヒアランス不良  有害事象、副作用  手技困難、呼気不足

その他（ ）

使用継続に関する不安  あり  なし 再指導の必要性  あり  なし

保険薬局薬剤師からの情報提供

年 月 日 保険薬局名 薬剤師名

対応（病院薬剤師記入欄） 報告内容を確認しました。  電子カルテへの記載

〔備考 〕

年 月 日 病院薬剤師名

（注意）緊急性のある依頼は、通常通り保険薬局に電話でご確認ください。