

熊本大学病院

御中

報告日

年

月

日

**【吸入指導用】施設間患者服薬状況等連絡書**

**【保険薬局→処方医】**

処方医 科 先生	保険薬局 名称・所在地		
処方日 年 月 日			
患者ID :	患者氏名 :	TEL:	FAX:
対象薬剤 :	薬剤師名 :		
指導日 年 月 日	説明者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他		
指導歴 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降	前回指導日 年 月 日		
指導方法 <input type="checkbox"/> 実薬を用いた指導 <input type="checkbox"/> デモ機を用いた指導 <input type="checkbox"/> 指導箋を用いた指導 <input type="checkbox"/> 口頭指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
処方医の吸入指導指示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
この情報を処方医に伝えることに患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上必要と考えられるため報告			

**【患者情報確認項目】**

他科・他院併用薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	相互作用注意薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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（コンプライアンスの保持）	<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 <input type="checkbox"/> コンプライアンス、アドヒアランス不良 <input type="checkbox"/> 有害事象、副作用 <input type="checkbox"/> 手技困難、呼気不足
<input type="checkbox"/> その他 ( )
使用継続に関する不安 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
再指導の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
保険薬局薬剤師による情報提供

**返信欄**

対応（処方医記入欄）	報告内容を確認し
<input type="checkbox"/> 次回以降も現行デバイスでの処方を継続します。	
<input type="checkbox"/> 次回以降、デバイスの変更を検討します。	
<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。	
( )	
年 月 日	医師名
対応（病院薬剤師記入欄）	報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 電子カルテへの記載
{ 備考	}
年 月 日	薬剤師名

〈注意〉この用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。  
 緊急性のある疑義照会は、通常通り処方医に電話でご確認ください。  
 処方医におかれましては、学内便もしくは担当薬剤師を通して薬剤部医薬品情報室へご返送ください。