

(裏面の記入もお願いします)

吸入指導依頼書

A

この吸入指導依頼書(表面:A)と吸入指導評価表(裏面:B)は、医療機関と保険薬局の間で治療に必要な情報を交換・共有し、患者さんを中心に連携して、有効で安全な吸入療法を行うためのものです。医療機関では吸入指導依頼書(表面:A)と吸入指導評価表(裏面:B)の破線枠内をご記入ください。患者さんには本依頼書を院外処方せんとともに保険薬局へ提出し吸入指導を受けていただくようご説明下さい。

医療機関名: _____ 科名: _____ 担当医名: _____

(FAX: _____ TEL: _____)

該当する項目にチェックを入れて下さい。

● 以下の指導を重点的にお願い致します。

吸入指導 薬効説明 吸入治療の重要性

< 医師から薬剤師へ > 気になる事項など自由に記入してください

● 実薬での指導: 可 不可

● 吸入薬の使用歴: なし あり (薬剤名⇒ _____)

● 指導箋を用いた指導回数: 初回指導 継続指導 (_____ 回目)

● 病名: 喘息 咳喘息 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
 その他 (_____)

● 重症度 軽症(間歇型・持続型) 中等症 重症 最重症

● アスピリン喘息: あり なし 不明

● SMART療法(シムビコートタービューヘイラー)

1回1吸入 1日2回 発作時には1回1吸入追加 1日 6回まで

1回2吸入 1日2回 発作時には1回1吸入追加 1日 4回まで

《 患者さんへ 》

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響するため、正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。この書面により医師から保険薬局薬剤師に、あなたの病名や治療に関する情報をお伝えします。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。薬局の指導内容(吸入指導評価表)は、医師へ返信され診療に反映されます。なお、服薬情報等提供料として、保険金額1割負担:20円、2割負担:40円、3割負担:60円を、月1回保険薬局にてご負担いただきます。

《 同意書 》

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入治療を支援する本取り組みに参加することに同意します。

平成 年 _____ 月 _____ 日 :2回目以降 (初回にて同意済み)

署名 _____ (本人でない場合の続柄: _____)

吸入連携への参加に伴い収集された個人情報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使用場合があります。

ご不明な点は下記の青森県吸入療法研究会担当までお問い合わせください。

・加藤 傑 (弘前市薬剤師薬局津軽) TEL 0172-31-3636 sk16ph@gmail.com

・小笠原 和也 (マエダ調剤薬局中央店) TEL 0172-88-8945 k.oga@hb.tp1.jp