

# 服薬情報等提供書(兼 吸入指導評価表)

B

<FAX送信先>

医療機関名称

FAX:

TEL:

<FAX送信元>

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

FAX:

TEL:

保険薬剤師名:

患者ID :

患者氏名 :

生年月日 :

年齢 ( )

性別 : 男 · 女

## 【手技評価】

指導日 :	年	月	日
本指導箋を用いた指導回数 :	回目		
(本指導箋前回指導日 :	年	月	
日)			

《評価表の記載方法》

1. 指導日、指導回数を記載する
2. 【手技評価】を行う  
評価方法:  できる  
 確認が必要  
 できない
3. <医師への連絡事項>の該当項目、<薬剤師から医師へ>の欄を記入する

※初回の場合は、説明後に出来ることを確認したら  
レ点を入れる

手順	薬品名		薬品名		薬品名		薬品名	
	□新規	□継続	□新規	□継続	□新規	□継続	□新規	□継続
①薬の準備								
②息吐き								
③吸入								
④息止め								
⑤息吐き								
⑥後片付け								
⑦うがい								
継続指導の必要性	有・無							

<医師への連絡事項>  該当する項目にチェックを入れて詳細を記入して下さい

- 吸入手技・吸気流速に問題あり( )
- 副作用あり: 口渴・頻尿・嘔吐・口腔内違和感・その他( )
- 注意すべき併用薬剤(OTC・サプリメントを含む): 薬剤名( )

<薬剤師から医師へ> 上記以外で気になる事項など自由に記入してください