

## 服薬情報等提供書(兼 吸入指導評価表)

B

## &lt;FAX送信先&gt;

医療機関名称

FAX:

TEL:

## &lt;FAX送信元&gt;

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
※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
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

手順	薬品名	薬品名	薬品名	薬品名
	<div></div> <div>□新規 □継続</div>	<div></div> <div>□新規 □継続</div>	<div></div> <div>□新規 □継続</div>	<div></div> <div>□新規 □継続</div>
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	有・無	有・無	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: 口渇・頻尿・嘔声・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( )

&lt;薬剤師から医師へ&gt;    上記以外で気になる事項など自由に記入してください