

# 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 : 平成 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 : 平成 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
4. 上記医療機関にFAX送信する

手順	薬品名	薬品名	薬品名	薬品名
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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	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( )

<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