



送信先: 日本赤十字社 愛知医療センター 名古屋第二病院
FAX: 052-834-6160

情報伝達の流れ: 保険薬局→薬剤部→処方医師

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願い致します。

吸入指導実施報告書

処方医: 科 先生御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	TEL
患者名:	FAX
服薬指導日 年 月 日	担当薬剤師: _____ 印

吸入薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

項目	ディスク (薬剤名: _____)	できる	できない
1	数字の書かれている面を上にして片手でカバーを持つことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	「カチリ」と音がするまでカバーを開けることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	吸入器を水平に持ち、レバーを「カチリ」と音がするまでセットすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	(A) 吸入器に息がかからないよう、十分に息を吐くことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	(B) 薬剤を「強く・深く」吸い込むことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	(C) 吸入口を口から離し、そのまま5～10秒間息を止めることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	(D) ゆっくり息を吐き出すことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	確実に薬剤を吸入するために(A)から(D)をもう一度繰り返すことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	レバーは触らずに、吸入器のカバーを閉じることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	___吸入の場合、吸入操作を___回繰り返す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	「ぶくぶく」と「がらがら」のうがいをそれぞれ2回以上行うことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	薬の残量の目安について理解している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	この薬1個で___日間使用可能であることを理解している。 【1個で60回分】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■副作用確認(副作用がある場合は でチェック、判断が難しい場合は、下記の連絡事項の欄に記載)

嘔声 咽頭痛 口腔違和感 口渇 緑内障(眼痛、視覚異常などの症状)
 尿閉(頻尿、残尿感などの症状) 振戦 動悸 その他(_____)

保険薬局から処方医師への連絡事項

問題なく吸入可能です。 吸入困難です。他剤への変更をご考慮お願いします。
 吸入手法に問題があります。
 その他

(_____)

返信欄

対応(病院記入欄)

報告内容を確認しました。
 次回から提案通りの内容に変更します。
 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
 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_____ 薬剤師名_____