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 患者ID： 患者名： 服薬指導日　　年　　月　　日	保険薬局　名称・所在地 TEL FAX 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	エリプタ （薬剤名：　　）	できる	できない
1	数字の書かれている面が見える向きに垂直に持ち、右手でカバーを持つことができる。	☐	☐
2	「カチッ」と音がするまでカバーを開けることができる。	☐	☐
3	(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。	☐	☐
4	(B) 通気口をふさがないように持ち、薬剤を深く吸い込むことができる。	☐	☐
5	(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。	☐	☐
6	(D) ゆっくり息を吐き出すことができる。	☐	☐
7	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。	☐	☐
8	カバーを閉じる前に吸入口を拭うことができる。	☐	☐
9	「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。	☐	☐
10	この薬1個で30日間使用可能であることを理解している。　【1個で30回分】	☐	☐

■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）

☐ 嗄声　☐ 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＿＿＿＿＿＿