



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	エアゾール (薬剤名:メプテンエア)	できる	できない
1	空打ちの操作について理解している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	キャップを外して、吸入剤のポンペを5回程振って均一にする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	十分に息を吐くことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	吸入口を歯で噛んで、噛んだ歯の隙間から空気も同時に吸入できるよう口を大きく開ける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	息を吸い始めると同時にポンペを強く1回押すことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	胸いっぱいになるまでゆっくり息を吸い込むことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	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"/>
8	ゆっくり息を吐き出すことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	___吸入の場合、吸入操作を___回繰り返す。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	「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"/>
11	薬の残量の目安について理解している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	この薬1個で___回分使用可能であることを理解している。 【1個で100噴霧】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	1日の上限回数(1日4回まで)について理解している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	3回連続して吸入した場合は、症状の有無に関わらず受診することを理解している。	<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をお願いします。
 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_____)