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:	
患者名:	TEL
	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	レスピマット (薬剤名:)	できる	できない
1	空打ちの操作について理解している。	☐	☐
2	(A) キャップを閉じたまま、カチッと音がするまで本体下部を180度回転させることができる。	☐	☐
3	(B) 横の小さな突起からキャップを開けることができる。	☐	☐
4	(C) 十分に息を吐くことができる。	☐	☐
5	(D) 通気孔を塞がないように気をつけながら、吸入口をしっかりくわえることができる。	☐	☐
6	(E) 口からゆっくりと息を吸い込みながら噴霧ボタンを押し、薬剤を深く吸い込むことができる。	☐	☐
7	(F) 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。	☐	☐
8	(G) ゆっくり息を吐き出すことができる。	☐	☐
9	キャップを閉じ、(A)から(G)の吸入操作をもう一度繰り返すことができる。	☐	☐
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。	☐	☐
11	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60噴霧】	☐	☐
12	薬の残量の目安について理解している。	☐	☐

■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_____.