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 | **タービュヘイラー (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 | キャップ(カバー)を外すことができる。 | ☐ | ☐ |
| 3 | 上から見て回転グリップを「クルッ」と反時計回りに止まるまで回すことができる。 | ☐ | ☐ |
| 4 | 上から見て回転グリップを時計回りに「カチッ」と音がするまで回すことができる。 | ☐ | ☐ |
| 5 | 側面にある空気口を塞がないよう、回転グリップを持つことができる。 | ☐ | ☐ |
| 6 | 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。 | ☐ | ☐ |
| 7 | 吸入口を深くくわえ、薬剤を「勢いよく・深く」吸い込むことができる。 | ☐ | ☐ |
| 8 | 吸入器から口を離し、ゆっくり息を吐き出すことができる。 | ☐ | ☐ |
| 9 | 2吸入以上の場合、吸入操作を____回繰り返す。 | ☐ | ☐ |
| 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_____日間使用可能であることを理解している。 【1個で_____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_____.