

吸入指導依頼書（病院・診療所→保険薬局）

（ 年 月 日 ）

処方箋発行医療機関名：大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科

患者ID番号：_____ 依頼医師名（_____）

【吸入指導】 初回指導 継続指導 薬剤変更での指導

【病名】 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 気管支喘息 その他

【アスピリン喘息の有無】 あり なし

【過去の吸入薬での副作用歴】 あり：_____ なし

【重点的に行ってほしい指導内容】 吸入手技 薬効説明 その他

【スプレー使用の有無】 あり：エアチャンバープラス あり：オプティチャンバーダ イモント
あり：その他のスプレー なし

【SMART療法：シムビコート®を定期的に加えて発作時も頓用する】 あり なし
ありの場合：1回（_____）吸入を1日2回。発作時：1回1吸入、1日（_____）回まで

【医師コメント】

【 患者さんへ 】

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入の仕方は治療効果に大きく影響するため、正確な吸入方法を身につけてその方法で吸入し続けることが非常に大切です。この書面により保険薬局薬剤師に、上記のような病名や治療に関する情報をお伝えします。そうすることで、吸入薬について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な治療が可能となります。なお、吸入薬指導加算として3割負担で90円、2割負担で60円、1割負担で30円を、3ヶ月に1回保険薬局にてご負担いただきます。

【 同意書 】

[患者様] 私は、担当医師より説明を受け、十分に理解した上で保険薬局薬剤師による吸入指導を受けることに同意します。

年 月 日 / ※：2回目以降で初回到同意済みの場合

署名 _____（本人でない場合の続柄 _____）

*吸入指導・連携をより良いものにするために、吸入連携への参加に伴い収集された個人情報は個人が特定できないように匿名化し、使用場合があります。

*作成：大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科&免疫リウマチ科喘息専門外来・薬局 TEL 06-6692-1201

*この吸入指導依頼書と吸入指導評価表は、群馬吸入療法研究会の様式を参考に、許可を得て作成しております。