

カルテ番号

# 吸入指導依頼・結果報告書

氏名

性別

【初回指導・再指導 回目】

住所： 病院名： FAX： 依頼医師：

《医師》

<b>呼吸器疾患</b> (疾患理解： ○ × ) <input type="checkbox"/> COPD 重症度 (重症 中等症 軽症) <input type="checkbox"/> 気管支喘息/咳喘息 重症度 (重症 中等症 軽症/軽症持続型) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>症状コントロール</b> 優 良 可 不良 入院歴：有 無
<b>特記事項</b> アレルギー歴、有害事象、併存症等	

<b>依頼内容</b> <input type="checkbox"/> 緊急薬の使用タイミングの確認 緊急薬：( ) のときに ( ) 回吸入 ( ) 分おいて ( ) 回まで SMART 療法 (シムピコートのみ)：症状発現時 1 吸入 1 日 ( ) 回まで <input type="checkbox"/> アドヒアランス [ <input type="checkbox"/> 薬の理解 吸入薬の効果・利点、定期薬の継続の必要性と緊急薬の使い方の違いに関して <input type="checkbox"/> 吸入手技 (準備・息を吐く・吸入・息を止める・後片付け・うがい) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )
---

《薬剤師》 **結果報告** \* 依頼内容の☑にある項目の回答を記入し、病院に報告してください

【緊急薬の使用タイミングの評価】 理解できている ・ 理解できていない

【アドヒアランス評価】

【薬の理解】 (◎・○・△・×)

【吸入手技】 (◎・○・△・×)

説明/評価点	薬品 1	薬品 2	薬品 3
内容			
薬品名が言える			
薬効 (薬の役割) がわかる			
用法がわかる			
用量がわかる			
うがいの必要性を理解している			
保管方法を理解している			
発作の回数 (過去 1 カ月)			回

薬品名	薬品 1	薬品 2	薬品 3
手順	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
① 薬の準備			
② 息吐き			
③ 吸入			
④ 息止め			
⑤ 後片付け			
⑥ うがい			
継続指導の必要性	有・無	有・無	有・無

《医師への照会・連絡事項》 \* 該当する項目がある場合は、☐にチェックし記入してください

- 処方変更：中止・有 (内容 )
- 同調吸入が難しいため、スプレーの使用を開始
- 副作用の出現：無・有 (尿閉・振戦・動悸・口渇・頻尿・嘔声・口腔内違和感・その他 )
- 併用薬剤 (OTC・サプリメントを含む 薬剤名： )

《薬剤師より医師へ/特記すべき事》

総合的評価：継続指導の必要性 ☐有 ☐無

薬局名：

担当薬剤師：