

# 吸入指導依頼書（医師→薬剤師）

年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

医療機関名： 茅ヶ崎市立病院 担当医師名： \_\_\_\_\_

## 依頼理由

初回指導  定期指導  薬剤変更による指導  症状悪化などによる再指導

## 疾患名

喘息  COPD  その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 合併症

心血管疾患（ \_\_\_\_\_ ）  閉塞隅角緑内障  前立腺肥大症

その他（ \_\_\_\_\_ ）

## スパーサーの必要性（p-MDI の場合）

有  無

## アスピリン喘息の有無（喘息の場合）

有  無

## 担当医師コメント

## 【患者さんへ】

吸入薬は正しく使用することで初めて有効な治療法となります。正しい方法でお薬を吸入して頂くために、薬剤師の先生から吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いていただくようお願いしております。

この書面により、担当医師から薬局薬剤師へ、あなたの「治療に関する情報」をお伝えすることで、吸入方法や注意点についてより適切な説明が受けられ、有効で安全な吸入が可能になります。

この吸入指導がなされることで、薬局で保険負担 1 割の方：30 円、3 割の方：90 円の費用がかかります。

**適切な吸入のためには、吸入を使用するご本人が薬局で吸入指導を受けることが必要です。**

**できる限りご本人が薬局に出向いてください。**

## 【同意書】

私は、上記の内容について担当医師から説明を受け、薬剤師から吸入指導を受け、必要に応じて薬剤師から医師に情報提供が行われる事に同意します。

署名 \_\_\_\_\_（本人ではない場合の続柄： \_\_\_\_\_）

2 回目以降にて同意書取得済み

## 【薬局担当者様へ】

本吸入指導依頼箋、報告書は、吸入治療に必要な情報を共有、交換し、患者さんの吸入をより効果的に行うためのものです。本指導箋を交付された際には、添付された報告書に記載頂き、医療機関宛に FAX をお送りいただくようお願い致します。この指導を行い、医療機関に情報を提供することによって服薬情報等提供料 1（30 点、月 1 回に限る）が算定できることがあります。

※個人情報の取り扱い：個人情報の保護に関する法律、個人情報に関する関連諸法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。