

吸入指導依頼書（医師→薬剤師）

平成 年 月 日

指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続
------	---

医療機関名	東京大学医学部附属病院	科名	呼吸器内科	担当 医師名	
TEL	03-5800-8692	FAX	03-5689-7335		

疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 他()
処方薬剤名	① () ②() ③() ④()

スパーサー (吸入補助器)の必要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 必要時追加(吸入指導時に薬剤師が判断)	残薬確認	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
---------------------	--	------	---

以下の指導を重点的にお願い致します。	
<input type="checkbox"/> 病態説明 <input type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 吸入手技 <input type="checkbox"/> 継続の必要性 <input type="checkbox"/> その他()	

薬剤アレルギー(アスピリン喘息など)の有無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
アレルギー性鼻炎の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在喫煙者 <input type="checkbox"/> 前喫煙者 <input type="checkbox"/> 非喫煙者

担当医師コメント(特記事項)

【患者さんへ】

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致します。
 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。

【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る事を同意する
 同意しない

平成 年 月 日

※ 2回目以降（初回にて同意済み）

署名 _____ (本人でない場合の続柄:)