

吸入指導報告書(保険調剤薬局・薬剤師→医療機関・処方医)

【患者さんへ】

あなたに処方された吸入薬は、正確で安全な吸入方法を習得することで、良好な治療効果を得ることができます。吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな説明を受けていただくことにより、有効で安全な吸入治療が可能になります。薬局の指導内容は医師へ返信され診療に反映されます。

なお、吸入薬指導加算として、保険金額、1割負担：30円、2割負担：60円、3割負担：90円を、保険薬局にてご負担いただきます。また、吸入指導によりスパーサーの使用が必要と判断された場合、スパーサー購入費として5000円前後ご負担いただくことがあります。

医師からの吸入指導指示

患者・家族からの申し出（医師の了解済み）

《吸入指導評価表》

患者氏名	(姓) (名)	新小山市市民病院患者ID		
宛先名	新小山市市民病院 FAX 0285-36-0360	科名	担当医師名	
院外薬局名				
TEL	- -	FAX	- -	
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続			
実施日	年 月 日	担当薬剤師名		
説明の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸入説明書にて説明		<input type="checkbox"/> 薬剤師による実技指導	
	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施		<input type="checkbox"/> 吸入説明書の提供	
※該当項目に○を付けてください				
【薬剤に関する認識度】	認識度	○：分かる	△：次回確認が必要	X：分からない
内容	薬剤①	薬剤②	薬剤③	
薬品名が言える	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
薬効がわかる	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
吸入時間・回数 がわかる(定期・屯用)	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
【手技に関する理解度】	評価方法	○：できる	△：次回確認が必要	X：できない
内容	薬剤①	薬剤②	薬剤③	
①準備	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
②息吐き	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
③吸入(深く、正しく吸入できる)	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
④息止め(5秒間)	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
⑤息吐き	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
⑥後片付け	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
⑦吸入後、うがい	○ △ X	○ △ X	○ △ X	
継続指導の必要性	あり・なし	あり・なし	あり・なし	

【医師への連絡事項】

同調が難しいためスパーサー使用開始

副作用の出現 なし あり(嘔声・尿閉・頻尿・口渇・動悸・振戦・その他)

【その他 特記事項】

※副作用の症状に応じ回答を急ぐ場合は、疑義照会をお願いします

--