

吸入指導依頼書・評価表を用いた医薬連携の流れ

吸入療法に関する情報交換・共有のツールとしてオリジナルの吸入指導依頼書と吸入指導評価表を使用しております。

より有効で安全な吸入療法を行うため、下記の流れに従って吸入指導の結果をご連絡下さい。

【医師からの発行の場合】

- ① 医師が患者に対して医薬連携（吸入療法に関する患者情報の共有化）の説明を行い、同意を得る。

（処方医師）

↓

- ② 処方箋と共に吸入指導依頼書・吸入指導評価表を発行する。（処方医師）

↓

- ③ 薬局で応需したら、依頼書の内容を確認の上、吸入指導を行って下さい。（薬局薬剤師）

↓

- ④ 吸入指導評価表の〈評価表の記載方法〉に従い吸入指導評価表および必要事項を記載し、医療機関にFAXもしくはあらかじめ決められた方法でフィードバックして下さい。（薬局薬剤師）

【薬剤師から発行の場合】

- ① 医師の了解のもと、患者またはその家族等の求めがあった場合で、吸入指導の必要があると判断されたとき（薬局薬剤師）

↓

- ② 吸入指導を行って下さい。（薬局薬剤師）

↓

- ③ 吸入指導評価表の〈評価の記載方法〉に従い吸入指導評価表および必要事項を記載し、医療機関にFAXもしくはあらかじめ決められた方法でフィードバックして下さい。（薬局薬剤師）

↓

- ④ 評価表をもとに吸入薬の選択および処方箋発行。（処方医師）

一連の指導を行う事により、「薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 30点（3月に1回まで）」を算定することが出来ます。

算定する場合は文書を保管のうえ、薬剤服用歴にこれらの内容について記録して下さい。

※吸入指導依頼書および評価表に対しての不明点や疑問点がございましたら、東京警察病院ホームページをご覧になるか、東京警察病院 薬剤科 小倉（オグラ）または中野区薬剤師会までご連絡下さい。

東京警察病院 TEL: 03-5343-5611（代表）

吸入指導依頼書

病院
保管

この吸入指導依頼書と吸入指導評価表は、病院・診療所と保険薬局の間で治療に必要な情報換・共有し、患者様を中心に連携して、有効で安全な吸入療法を行うためのものです。病院・診療所では吸入指導依頼書と吸入評価表の※箇所をご記入下さい。患者様には、本依頼書を院外処方箋とともに保険薬局へ提出し、吸入指導を受けていただくようにご説明下さい。

※

医療機関名： _____ 科名： _____

担当医師： _____

(FAX： _____ TEL： _____)

患者 ID： _____ 患者名： _____

※該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 吸入指導依頼書を用いた指導回数 初回指導 継続指導 (_____ 回目)
- 病名 喘息 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) その他 (_____)
- 重症度 軽症 (間歇型・持続型) 中等症 重症 最重症
- スペーサー (吸入補助具) の必要性 必要 薬剤師判断で必要時追加
- 医師コメント (薬剤師へ) ※薬剤変更時は理由を記載下さい。
(_____)
- 重点的に行ってほしい指導内容
吸入手技 薬効説明 吸入治療の重要性 その他 (_____)

【患者様へ】

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響するため、正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。この書面により、医師から保険薬剤師に、あなたの病名や治療に関する情報をお伝えします。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使用方法や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。なお、薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算として、保険種別に応じて金額 30 円～90 円を保険薬局にてご負担頂きます。

【同意書】

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で、薬剤師から私の吸入治療の指導を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____ (本人でない場合の続柄： _____)

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吸入連携をより良いものにするために使用する場合があります。また、ご不明な点等ありましたら主治医にご相談ください。

吸入指導同意書

薬局
保管

患者 ID : _____

患者名 : _____

【患者様へ】

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響する為、正確で安全な吸入方法を習得すると共に、あなたに適した薬剤を選択することが重要となります。吸入手技や吸入動作に関する情報を医師へお伝えさせて頂くことにより、現在の治療薬による効果をより正確に医師が評価することができ、また必要に応じてあなたに適した薬剤への変更を検討するきっかけともなります。

これにより、より有効で安全な吸入治療が可能になります。なお、薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算として、保険種別に応じて 30 円～90 円の負担金が掛かる場合があります。

【同意書】

私は、上記の内容について担当薬剤師より説明を受け、十分に理解した上で、私の吸入療法・指導を受けることに同意します。

令和 年 月 日

署名 _____ (本人でない場合の続柄： _____)

吸入連携への参加に伴い収集された個人情報個人が特定できないように匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用する場合があります。また、ご不明な点等ありましたら主治医にご相談ください。

薬剤師名 : _____