

吸入指導評価表②

(服薬情報等提供書)

指導日： 年 月 日

本指導箋を用いた指導回数： 回目

前回指導日： 年 月 日

薬局
保管

患者 ID : _____

患者氏名 : _____

生年月日 : 年 月 日

年齢 : 歳

性別 : 男 ・ 女

- 〈評価表の記載方法〉
- 指導日、指導回数を記載する
 - 薬剤理解度評価と手技評価を行う
○できる △確認が必要 ×できない
 - 医師へ照会事項、連絡事項の該当項目を記入する
 - 右記医療機関に FAX する

FAX 送信先
医療機関名 : _____

担当医師名 : _____

FAX : _____

TEL : _____

【手技評価】

薬品	薬品 1	薬品 2	SABA 短時間作用性β2刺激薬
要確認手順	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方
息吐き			
息止め、息こらえ			
うがい			使用回数 回/週
継続指導の必要性	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
再指導の希望(患者)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

該当する項目にチェックを入れて詳細を記入して下さい
※下記項目及び医師への特記事項のうち該当する物を満たす事で、服薬情報等提供料を算定することが出来ます。

〈医師への(疑義)照会事項〉(疑義照会を行った場合に記載)

吸入手技・吸気流速に問題あり
⇒処方変更:無・有()

副作用出現時(尿閉・振戦・動悸 など)
⇒処方変更:無・中止・有(変更内容)

〈医師へ連絡事項〉(ご担当の先生へ 次回処方時ご検討下さい)

同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を提案した
副作用の出現:無・有(口渇・頻尿・嘔声・口腔内違和感・その他())

薬剤師より医師へ/特記すべき事項(家族等からの情報を含む)

薬局名:

担当薬剤師: