

吸入指導評価表

(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

患者 ID：

患者氏名：

生年月日： 年 月 日

年齢： 歳

性別： 男 ・ 女

FAX 送信先

医療機関名： 東京警察病院

担当医師名：

FAX：03-5343-5711（医事課）

TEL：03-5343-5611（代表）

〈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
- 左記医療機関に FAX する

薬局
保管

□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())

□併用薬剤(OTC・サプリメントを含む)コピー添付可

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：

要確認手順	薬品 1	薬品 2	SABA 短時間作用性 $\beta 2$ 刺激薬
	☐ 新規処方 ☐ 継続処方	☐ 新規処方 ☐ 継続処方	☐ 新規処方 ☐ 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