**吸入指導依頼書**

年 月 　 日

保険薬局薬剤師　殿

**医師**　　　　　　　　　　　　　印

（自筆署名または記名押印）

この「吸入指導依頼書」は、病院・診療所と薬局の間で治療に必要な情報を共有し、吸入療法に役立てるためのものです。この依頼書を受け取られた場合は、本依頼書に基づき吸入指導をお願いします。指導後は評価内容を別紙「吸入指導評価表」に記入し、処方医宛てにFAX（　　　　　-　　　　-　　　　　　）で送信をお願いします。

※ご不明な点は処方せんに記載した窓口まで問合せください。

患者名　　　　　　　　　 ( 患者ＩＤ　　　　　　　　　　 )

【病名】

□喘息　　□COPD　　□ACO　　□その他（　　　　　　　　　　　）

【アレルギー歴】

□あり[薬剤：　　　　　　　　　　その他：　　　　　　　　　　]

□アスピリン喘息（NSAIDｓ喘息）　　　　□なし

【重症度】

□軽症　　　　□中等症　　　　□重症　　　　□最重症

【依頼内容】

□初回処方指導　　□継続中指導　　□再指導　（　　　　回目）

※1　「初回処方指導」とは、依頼医師が当該患者に吸入薬を初めて処方し、吸入指導を依頼することをいう。

※2　「継続中指導」とは、過去に吸入薬を処方している患者に、初めて吸入指導を依頼することをいう。

※3　「再指導」とは、過去に吸入指導を依頼した患者に、再度、吸入指導を依頼することをいう。

□吸入手技　　□薬効説明　　□吸入治療の重要性

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【医師コメント】

【使用吸入薬】

処方せんに記載

以下余白