

吸入指導依頼書

R元 年 6 月 〇〇 日

保険薬局薬剤師 殿

医師 〇〇 〇〇 (印) 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(059 - 〇〇〇 - ××××)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 山〇 〇郎 (患者ID: 12345)

【病名】

喘息 COPD ACO その他()

【アレルギー歴】

あり[薬剤: アスピリン喘息(NSAIDs喘息) その他: 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】

DP I 製剤が良いか、pMDI 製剤の方が良いか評価をお願いします。
(シムビコートで十分吸入ができていますか)

【使用吸入薬】

処方せんに記載

注) 処方箋に記載の処方薬: シムビコートタービューハイラー 1回2吸入 1日2回

以下余白