

# 吸入指導依頼書

@SYSDAT2

保険薬局薬剤師 殿

三重県厚生農業協同組合連合会  
鈴鹿中央総合病院  
三重県鈴鹿市安塚町山之花 1275-53  
TEL：059-382-1311（代）  
FAX：059-384-1033

@USERBELONGSECTION @USERNAME 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 (059-384-1033) 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。

患者氏名 @PATIENTNAME ( 当院患者 ID @PATIENTID )

## 【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 (NSAID s 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