

# 吸入指導依頼書

この吸入指導依頼書(表面:A)と吸入指導評価表(裏面:B)は、病院・診療所と保険薬局の間で治療に必要な情報を交換・共有し、患者さんを中心に連携して有効で安全な吸入療法を行うためのものです。病院・診療所では吸入指導依頼書(表面:A)と吸入指導評価表(裏面:B)の破線枠内をご記入下さい。患者さんには、本依頼書を院外処方せんとともに保険薬局へ提出し吸入指導を受けていただくようご説明下さい。

医療機関名: \_\_\_\_\_ 科名: \_\_\_\_\_ 担当医師名: \_\_\_\_\_  
(FAX: \_\_\_\_\_、TEL: \_\_\_\_\_)

該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 統一指導箋を用いた指導回数:  初回指導  継続指導( \_\_\_\_\_ 回目)
- 病名:  喘息(喘息カード: 有・無)  慢性閉塞性肺疾患(COPD)  その他( \_\_\_\_\_ )
- アレルギー歴  
 あり(薬剤: \_\_\_\_\_、その他: \_\_\_\_\_)  アスピリン喘息  なし
- 重症度:  軽症(間歇型・持続型)  中等症  重症  最重症
- 急性増悪歴(過去1年以内):  あり( 入院  救急受診)  なし  不明
- 重点的に行ってほしい指導内容  
 吸入手技  薬効説明  吸入治療の重要性  その他( \_\_\_\_\_ )
- スパーサー(吸入補助具)の必要性:  必要  必要時追加(吸入指導時に薬剤師が判断)
- COPDにおけるSABA(短時間作用性  $\beta_2$  刺激薬)の使用方法  
 リリーフユース(呼吸困難時)  
 アシトユース(呼吸困難のある動作前) + リリーフユース 1日上限( \_\_\_\_\_ )回まで使用可能
- SMART療法(シムビコート<sup>®</sup>タービューヘイラー<sup>®</sup>)  
 1回 1吸入 1日2回 発作時には1回 1吸入追加 1日 4回まで  
 1回 2吸入 1日2回 発作時には1回 1吸入追加 1日 4回まで  
 1回( \_\_\_\_\_ )吸入 1日2回 発作時には1回 1吸入追加 1日( \_\_\_\_\_ )回まで

●医師コメント

## ＜ 患者さんへ ＞

あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響するため、正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。この書面により医師から保険薬局薬剤師に、あなたの病名や治療に関する情報をお伝えます。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1 割負担 20 円、2 割負担 40 円、3 割負担 60 円を、月 1 回保険薬局にてご負担いただきます。

## ＜ 同意書 ＞

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入治療を支援する本取り組みに参加することに、  
: 同意します : 同意しません

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ※: 2 回目以降(初回にて同意済み)

署名 \_\_\_\_\_ (本人でない場合の続柄: \_\_\_\_\_)

吸入連携への参加に伴い収集された個人情報個人が特定できないよう匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用場合があります。

ご不明な点は群馬吸入療法研究会事務局までお問い合わせ下さい。  
連絡先: 群馬大学医学部附属病院薬剤部 小野理恵、中田亜紀 (TEL: 027-220-8726, FAX: 027-220-8722)