

吸入指導依頼書(医師→薬剤師)

この依頼書は吸入指導のステップアップをめざす会の依頼書をもとに吸入支援連携ネットが改変したものです。

平成 年 月 日

医療機関名: 科名: 担当医師名:

(TEL: FAX:

依頼理由	<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 定期指導 <input type="checkbox"/> 薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> 症状悪化による確認指導
疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 他()
合併症	<input type="checkbox"/> 心血管疾患() <input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他()
スプレー(吸入補助器)の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
SABA 使用	<input type="checkbox"/> 発作時(1回1~2吸入 30分以上あけて1日4回まで可) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> SMART療法
薬剤アレルギー(アスピリン喘息など)	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無

担当医師コメント

--

【患者さんへ】

正しい方法でお薬を吸入して頂くために、薬剤師の先生から吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いて頂くようお願い致します。

この書面により、担当医師から薬局薬剤師へ、あなたの「治療に関する情報」をお伝えすることで、吸入方法や注意点についてより適切な説明が受けられ、有効で安全な吸入が可能になります。また、薬局薬剤師から担当医師へ、あなたの「吸入に関する情報」を伝えることが、より良い治療につながります。

【同意書】

私は、上記の内容について担当医師から説明を受け、薬剤師から吸入指導を受け、必要に応じて薬剤師から医師に情報提供が行われる事に同意する

同意しない

平成 年 月 日 ※2回目以降(初回にて同意済み)

署名 (本人ではない場合の続柄:)

※個人情報の取り扱い: 個人情報の保護に関する法律、個人情報に関する関連諸法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。