

吸入指導依頼書（医師 → 薬剤師）

年 月 日

医療機関名：淡海医療センター 科名： 担当医師：

(TEL：077-516-2484（薬剤部直通）FAX：077-516-2484)

依頼理由	☐ 初回指導 ☐ 定期確認指導 ☐ 薬剤変更による指導 ☐ 症状悪化による確認指導
疾患名	☐ 喘息 ☐ COPD ☐ 他（ ）
合併症	☐ 心血管疾患（ ） ☐ 糖尿病 ☐ 閉塞隅角緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ その他（ ）
処方薬剤名	☐ 処方箋通り ☐ 処方箋に追加あり（ ） ☐ 他院より処方あり

スプレー（吸入補助器）の必要 ☐ 要 ☐ 必要時追加（吸入指導時に薬剤師が判断）	残薬確認	☐ 要 ☐ 不要
---	------	--

以下の指導を重点的にお願い致します ☐ 薬効説明 ☐ 吸入手技 ☐ 継続の必要性 ☐ 病態説明 ☐ その他（ ）	
SABAの使用方法	☐ 発作時 ☐ 運動前 ☐ アシストユース ☐ その他（ ）

薬剤アレルギー（アスピリン喘息など）の有無	☐ 有（ ） ☐ 無 ☐ 不明
アレルギー性鼻炎の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
慢性副鼻腔炎の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
喫煙歴	☐ 現在喫煙者 ☐ 前喫煙者 ☐ 非喫煙者

担当医師コメント（特記事項）

吸入指導連携について

【患者さんへ】

正しい方法でお薬を吸入して頂くために、薬剤師から吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いて頂くようにお願いいたします。
この書面により、担当医師から薬剤師へ、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。

【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る事を同意する
- ☐ 同意しない

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。