

やまがた医療連携吸入指導依頼票

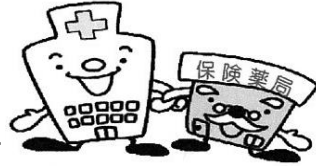
(米沢市立病院) () 医師 FAX: 0238-22-2624 TEL: 0238-22-2450

患者氏名 様 喘息 COPD その他() 新規 継続

生年月日 (歳) 性別 (ID:)

コントロール状況

良好 不十分 不良



以下の指導を重点的にお願いします

吸入指導 継続の必要性 薬効説明

《吸入指導》

◎できる・○確認が必要・△できない

手順	薬剤	薬剤1	薬剤2	薬剤3
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
①	薬剤の準備	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
②	息吐き	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
③	吸入	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
④	息止め	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
⑤	息吐き	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
⑥	後片付け	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
⑦	うがい	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △
継続指導の必要性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
薬剤師より医師へ		【残薬】 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(その状況) / 【アドヒアランス】 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不十分(その状況)		

《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します。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、よりきめ細かな指導がうけられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。

なお、服薬情報提供料として、保険金額1割負担30円、2割負担60円、3割負担90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。

年 月 日 2回目以降(初回に同意済み)

署名 (本人でない場合の続柄:)

吸入連携に伴い収集された個人情報個人が特定できないように匿名化し、吸入連携をよりよいものにするために使用場合があります。

医師より薬剤師へ

・患者さんの訴え
・その他特記事項

薬局名 () 担当薬剤師 ()

TEL: FAX:

医師欄

薬剤師欄

本用紙は、吸入指導終了後に処方施設へFAXをお願いします。

※ 服薬情報等提供料1を算定する場合は、服薬情報等提供料に係る情報提供書(別紙様式1)と本用紙の原本を処方元医療機関へ郵送をお願いします。