

吸入療法連携シート（調剤薬局⇒病院）

[TEL] 024-526-0314（緊急性のある案件に関しては直接お問い合わせ下さい。）

[FAX] 024-526-0316

大原総合病院 薬剤科 御中

様の吸入療法の指導内容について連絡申し上げます。

患者 ID _____ 診療科 _____

患者氏名 _____ 主治医 _____

◆指導対象者 患者本人 家族 [] その他 []

◆指導回数 初回 継続

◆確認事項 吸気流速 ⇒ 可 不可

スペーサー⇒ 必要 不要

◆指導内容 薬効（特徴） 用法・用量

うがい 手入れ方法

◆指導方法 吸入説明書の提供 口頭で説明 吸入説明書で説明

動画の使用 薬剤師による実演 患者による吸入実地

◆吸入手技・動作

薬剤名 : _____

↓

薬の準備	
息吐き	
吸入	
息止め	
うがい	
後片付け	

※○, △, ×で評価

薬剤名 : _____

↓

薬の準備	
息吐き	
吸入	
息止め	
うがい	
後片付け	

※○, △, ×で評価

◆副作用 あり なし

↓

嘔声 口渇 口内違和感 動悸 振戦 頻尿 排尿困難
 その他 ()

◆連絡事項

指導薬剤師 _____