# 吸入指導依頼書【医師→薬剤師】

気管支喘息およびCOPD（慢性閉塞性肺疾患）の治療において、吸入療法は大変有用な治療法です。しかし、吸入手技が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。下記の患者情報を提供いたしますので、患者さんに有効で安全な吸入指導をお願いいたします。当院ホームページの地域医療生活連携室（病薬連携）にあります吸入療法連携シートを用いて、指導・評価内容をFAXにてご返送ください。

● 大原綜合病院（　内科　小児科　）担当医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 吸入指導依頼回数　　□初回指導　□継続指導（　　回目）

● 病名　□気管支喘息　□COPD　□その他（　　）

● 重症度　□軽症（喘息：□間欠型、□持続型）　□中等症　□重症　□最重症

● 以下の指導を重点的にお願い致します。

□吸入手技　□薬効説明　□吸入療法の重要性　□その他（　　）

● スペーサー（吸入補助具）の必要性　□必要　□必要時追加（指導時に薬剤師が判断）

● SABA（短時間作用性β2刺激薬）の使用方法

□1日（　　）回まで使用可能　　□その他指示事項（　　）

● 連絡事項（医師→薬剤師）（　　）

可能な範囲で→1秒率（　　%），%1秒量（　　%），ピークフロー（　　L/分），呼気NO（　　ppb）

ACT（　　点），CAT（　　点）

## 【患者さんへ】

吸入療法において吸入手技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することで、吸入薬の使用方法や注意点についてきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入療法が可能になります。本依頼書を処方箋とともに保険薬局へご提出ください。なお、服薬情報等提供料として保険種別に応じて金額10円～50円を保険薬局にてご負担いただくことになります。

## 【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、吸入指導を受けることに同意します。

平成　　年　　月　　日　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人でない場合の続柄:＿＿＿＿＿）

□２回目以降（初回にて同意済み）

収集された個人情報はガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。ご不明な点等ありましたら主治医にご相談下さい。

（一般財団法人）大原記念財団