

患者さんへ

吸入療法は吸入方法により治療効果に大きく影響します。吸入薬は、お薬をもらう薬局で、薬剤師から正確で安全な吸入方法の指導を受けてください。今まで吸入薬を使用していた方におきましても、吸入方法によって効果に差が出る場合がありますので、使用状況を確認させてください。

この依頼書にて診療医師から薬局薬剤師に、患者さんの病名や治療法に関する情報をお伝えします。薬剤師が患者さんの診療情報を把握することにより細やかで適切な指導を行うことができ、さらに安全で有効な吸入治療が可能になります。

【吸入指導依頼書】

(医師→薬剤師)

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

<FAX送信先(連絡先)>  
0898-47-2600 (薬剤部)

患者ID \_\_\_\_\_ 依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 \_\_\_\_\_

\* 以下、該当する項目の□にチェックを入れてください。

【疾患名】  喘息  喘息疑い  COPD  COPD疑い  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

【アレルギー歴】  なし  
 あり (薬剤名: \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_ )  
 アスピリン喘息(NSAIDs喘息)

【依頼内容】  初回指導  確認指導(2回目以降)  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

【使用吸入薬】

ステロイド剤	<input type="checkbox"/> パルミコートター ビューハイラー	<input type="checkbox"/> オルベスコ100 μgインヘラー		
ステロイド+LABA	<input type="checkbox"/> シムビコートター ビューハイラー	<input type="checkbox"/> アドエアディスカ ス	<input type="checkbox"/> レルベア200エリ プタ	<input type="checkbox"/> フルティフォーム 125μgエアゾール
LABA (長時間作用型β 刺激薬)	<input type="checkbox"/> オンプレス吸入 用カプセル			
SABA (短時間作用型β 刺激薬)	<input type="checkbox"/> メプチンスイング ヘラー	<input type="checkbox"/> メプチンエアー ヘラー		
抗コリン剤	<input type="checkbox"/> スピリーバレスピ マット			
抗コリン+LABA	<input type="checkbox"/> ウルティプロ吸入 用カプセル	<input type="checkbox"/> スピオルトレス ピマット		

【COPDの場合のSABAの使用法】

- レスキューユース(呼吸困難時頓用)
- アシストユース(呼吸苦のある動作の前)+レスキューユース

【喘息発作時のSABA使用以外の方法】

- SMART療法(シムビコートタービューハイラーによる発作時頓用)

【備考】 \_\_\_\_\_

<医師向け説明>この「吸入指導依頼書」は、病院の医師と保険薬局の薬剤師の間で情報を共有して、吸入療法に役立てる為のものです。吸入薬を処方される医師は必要事項をご記入の上、患者さんに本依頼書を院外処方箋とともに保険薬局へ提出し吸入指導を受けていただくようご説明ください。保険薬局で吸入指導後、「吸入指導評価表」が当院に送信されます。

<保険薬局向け説明>この「吸入指導依頼書」を受け、規定の「吸入指導評価表」に記入し当院まで送信お願いいたします。「吸入指導評価表」および「吸入指導評価チェック表」「吸入指導評価表使用マニュアル」等はサイボウズと当院HP上にありますので、ダウンロードしてご使用ください。