

吸入指導連絡票

患者氏名：

患者 ID：

指導日：

保険薬局名：

担当薬剤師名：

指導薬剤名：

1：

2：

3：

《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受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。
なお、服薬情報等提供料として、保険金額1割負担20円、2割負担40円、3割負担60円を、月1回保険薬局にてご負担いただきます。

私は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。

令和__年__月__日

署名 _____

(本人でない場合の続柄: _____)



該当する項目にチェックを入れて下さい。
(該当なし、は未記入のままをお願いします)

＜照会事項：直ちに処方元へ連絡・相談＞



デバイスの変更が直ちに必要です。
(吸気流速不足・デバイスを全く使えない など)

＜連絡事項：FAX・郵送等で連絡＞



デバイスの変更が可能なら検討をお願いします。
理由及び具体的変更提案がある場合
(_____)



吸入補助具の使用を開始しました。



スプレー



その他(_____)



残薬が多数あり、処方調整行なっています。

＜薬剤師より処方元への連絡：特記事項＞

総合評価：継続指導の必要性

有 無