

☆（患者様へ） この書面をお薬を受け取る薬局に処方箋と一緒に持ち下さい。薬剤師が吸入薬の使い方について説明致します。

## B 吸入指導依頼書・同意書（医師→薬剤師）

### <<医師記入欄>>

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医師名： \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名（ID）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

薬品名（デバイス）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

薬品名（デバイス）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

依頼理由	<input type="checkbox"/> ①初回指導 <input type="checkbox"/> ②定期確認指導 <input type="checkbox"/> ③薬剤変更による指導(理由、変更前の薬品についてコメント欄へ記載) <input type="checkbox"/> ④症状悪化による確認指導 <input type="checkbox"/> ⑤その他(コメント欄へ記載)
SABA使用時	<input type="checkbox"/> リリーフユース(呼吸困難時) <input type="checkbox"/> アシストユース(呼吸困難のある動作前) *1日( _____ )回まで使用可能
疾患名(疑い含)	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 喘息・COPD合併 <input type="checkbox"/> 他( _____ )
合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大・頻尿 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
指示項目	<input type="checkbox"/> 実薬吸入指導可 <input type="checkbox"/> 継続確認指導可 <input type="checkbox"/> スパーサー必要時追加可(指導時に薬剤師が判断)

担当医師コメント

### <<患者様へ>>

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します。正確な吸入方法を習得すると共に、あなたに適した薬剤を選択し、より有効で安全な吸入療法を行うために、医療機関と保険薬局が病薬連携し吸入療法を支援する取り組みを行っています。保険薬局での指導内容は、当医療機関へFAXにて返信され次回以降の診療に反映されます。保険薬局が吸入療法を支援するにあたり、担当医から保険薬局薬剤師に、あなたへの「吸入指導」を依頼すると共に、「病名や治療に関する情報」を伝えます。あなたの診療情報を把握することにより、お薬の使い方や安全性等について適切な助言が可能となります。

### <<同意書>>

私は、上記の内容につき担当医師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入療法を支援する本取り組みに参加することに、  
 同意します  同意しません  
 2回目以降(初回にて同意済み)

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

\*個人情報の取り扱いは、個人情報の保護に関する法律・関連諸法令等を遵守し適切に取り扱います。吸入連携への参加に伴い収集された個人情報は個人が特定できないよう匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用することがあります。

### <<保険薬局様へ>>

#### 「吸入指導連携の取り組みについてのお知らせ」

岡谷薬剤師会と「吸入指導依頼書・同意書、吸入指導実施確認・報告書」を用いた吸入指導連携を開始しました。「吸入指導実施確認・報告書」は岡谷市民病院HP（吸入指導連携）よりダウンロードできますのでご利用ください。吸入指導後の報告書を処方箋発行医療機関にFAX送信頂ければ幸いです。  
ご不明な点等ございましたら、岡谷市民病院薬剤科（TEL 0266-23-8000 代表）の担当:小竹(コタケ)までご連絡くださいますようお願い申し上げます。