

# 吸入指導依頼書 A

## 《薬剤師の先生方へ》

この吸入指導依頼書（A）と吸入指導評価表（B）は、病院と調剤薬局で必要な情報を共有、交換し、吸入療法の効果を最大限に引き出すためのものです。患者さんには、本依頼書を院外処方箋とともに調剤薬局へ持参して吸入指導を受けていただくよう説明しました。吸入連携へのご理解と協力をお願いいたします。

藤枝市立総合病院 呼吸器内科 担当医師（

）  
(FAX : 054-646-1045、電話 : 054-646-1111)

●病名 : 気管支喘息 COPD（慢性閉塞性肺疾患） その他（

）  
●指導回数 : 初回指導 継続指導（

）回目）  
●吸入薬剤 : 処方箋をご覧ください。

●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 吸入治療の重要性の理解 経鼻呼出法

ホー呼吸 継続的吸入指導の要否 その他（

）  
●スプレー（吸入補助具）の必要性 : 必要時追加（吸入指導時に薬剤師が判断）

## 《吸入療法を受ける患者さんへ》

吸入療法は肺や気管支に直接作用し強い効果が期待できる治療方法です。呼吸器病の治療法のなかでも主体的な役割を果たすようになっていきます。局所投与で血液への移行が少ないため、副作用が出にくいという利点もあります。

ほとんどの薬剤は持ち運びもできる簡便な吸入器具でおこないますが、吸入器具は薬剤によってそれぞれ別個です。吸入手技は治療効果に大きく影響しますので、正しく安全な吸入方法を習得する必要があります。吸入方法が正しくないと、効果があがらないばかりでなく、副作用の原因になることもあります。

薬局薬剤師に、あなたの病名や治療に関する情報を伝えます。吸入薬の使い方や注意点について、薬の専門家の正しい指導を受けて治療効果を最大限にしましょう。指導については健康保険適応で、1回につき1割負担の方は30円、2割負担60円、3割負担で90円かかります。

## 《同意書》

私は、上記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。

令和 年 月 日 ※  : 2回目以降（初回にて同意済み）

署名 \_\_\_\_\_（本人でない場合の続柄 : \_\_\_\_\_）

# 吸入指導評価表 B

ID : \_\_\_\_\_ 氏名 : \_\_\_\_\_

医師名 : \_\_\_\_\_

調剤薬局名 : \_\_\_\_\_ 薬剤師名 : \_\_\_\_\_  
(忘れず記入してください)

指導日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 指導回数 : \_\_\_\_\_ 回目

(評価 : ○できる・△確認が必要・×できない)

### 【薬剤理解評価】

- ( ) 薬剤名が言える
- ( ) 一回何吸入一日何回かわかる
- ( ) 発作時の薬剤か定期吸入薬であるか理解している
- ( ) うがいの必要性を理解している
- ( ) 保存方法を理解している

### 【手技評価】

薬品名	薬品 1	薬品 2	薬品 3
手順			
①薬剤準備			
②息吐き			
③吸入			
④息止め			
⑤息吐き			
⑥後片付け			
⑦うがい			
継続指導必要性	有・無	有・無	有・無

該当する項目にチェックをして下さい。

- 吸入手技・吸気流速に問題あり
- 副作用出現 無・有 (尿閉・頻尿・振戦・動悸・嘔声・口喝・口腔内違和感・他 )
- 同調吸入が難しいため、スプレーの使用を開始しました
- 薬剤変更の提案 ( ) → ( )  
理由 : ( )

継続的吸入指導 必要 不要

【薬剤師から医師へ】評価へのコメント (忘れずに記入してください)

吸入指導評価表 B を FAX でお送りください。患者さんには渡さないでください。

宛先 FAX : 054-646-1045

不明な点は藤枝市立総合病院呼吸器外来までお知らせください。

電話 : 054-646-1111 (代表 → 呼吸器外来)

藤枝市立総合病院 呼吸器内科