

ID: データ取り込み 患者名: _____ 様

患者情報☑・署名記入⇒患者さま⇒保険薬局

吸入療法を行う患者さまへ

千葉県済生会習志野病院

診療科: _____

担当医師: _____

あなたに処方された吸入薬は、吸入手技や吸入動作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。院外処方箋とともにこの書面を保険薬局へ提出いただくと、保険薬局薬剤師にあなたの病名や治療に関する情報が伝わり、よりきめ細やかな指導が可能となります。保険薬局での指導内容は医療機関にFAXにて返信され、次回以降の診療に反映されます。提供された個人情報、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。

同意書

私は、上記の内容について医師より説明を受け目的を十分に理解したうえで、私の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。

署名: _____ (本人でない場合の続柄: _____)

吸入指導を行う保険薬局さまへ

吸入指導を行い、別紙、吸入指導報告書のFAX送信(047-473-7875)をお願いいたします。吸入指導報告書は当院書式以外でもかまいません。

吸入指導依頼書

《医師記入欄》

【病名および診療情報】 ※□に✓を記入

1病名: □気管支喘息 □慢性閉塞性肺疾患(COPD) □その他(_____)

2吸入指導依頼について:

□初回指導 □定期確認指導 □薬剤変更による指導 □症状悪化による確認指導

【重点指導依頼項目】 ※該当するものがあれば、□に✓を記入

(i) □吸入手技 □薬効説明 □吸入治療の重要性

(ii) スペーサーの使用: □必要

(iii) その他(_____)

ご不明な点は、以下にお問い合わせください。

千葉県済生会習志野病院 薬剤部【平日8:30~17:30 土日祝を除く】

TEL:047-473-1281(内線:1572) FAX:047-473-7875(薬剤部直通)