

A

(裏面の記入もお願いします。)

吸入指導依頼書

この吸入指導依頼書（A面）と吸入指導評価表（B面）は、病院・診療所と保険薬局で治療に必要な情報を共有し、患者さんを中心に連携して有効で安全な吸入療法を行うためのものです。病院・診療所では吸入指導依頼（A面）と吸入指導評価表（B面）の●印の項目をご記入ください。患者さんには、本依頼書を院外処方せん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下さい。

医療機関名： _____ 診療科名： _____ 担当医師名： _____
 （FAX： _____、TEL： _____）

該当する項目に✓を入れて下さい。

- 統一指導箋を用いた指導回数： 初回 継続（ ）回目
- 病名： 喘息（喘息カード：有・無） 慢性閉塞性肺疾患（COPD） その他（ ）
- アレルギー歴： あり（医薬品： _____、その他： _____） アスピリン喘息
- 重症度： 軽症（間歇型・持続型） 中等度 重症 最重症
- 急性増悪歴（過去一年以内）： あり（入院・救急受診） なし 不明
- 重点的に行ってほしい指導内容：
 - 吸入手技 薬効説明 吸入治療の必要性 スペーサーの使用法
 - その他（ ）
- COPDにおける SABA（短時間作用性 β_2 刺激薬）の使用法：
 - リリーフユース（呼吸困難時）のみ
 - アシストユース（呼吸困難のある動作前）+ リリーフユース 1日上限（ ）回まで使用可能
- SMART療法（シムビコート®タービュヘイラー®）における使用法：

<input type="checkbox"/> 1回 1吸入	1日2回	発作時には1回1吸入追加	1日 4回まで
<input type="checkbox"/> 1回 2吸入	1日2回	発作時には1回1吸入追加	1日 4回まで
<input type="checkbox"/> 1回（ ）吸入	1日2回	発作時には1回1吸入追加	1日（ ）回まで

●医師コメント

《 患者さんへ 》

あなたが行う吸入療法において、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、よりあなたに合った指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。なお、吸入薬指導加算として、保険金額1割負担30円、2割負担60円、3割負担90円を保険薬局にてご負担いただく場合があります。詳しくは薬剤師におたずねください。

《 同意書 》

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上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 同意しません 2回目以降（初回で同意取得済み）

西暦 年 月 日

署名 _____（本人ではない場合の続柄： _____）

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場合があります。

ご不明な点は、群馬吸入療法研究会事務局（下記連絡先）までお問い合わせください。

連絡先：群馬大学大学院保健学研究科 久田（TEL&FAX：027-220-8944、E-mail：kyunyu.gunma@gmail.com）