

吸入指導実施報告書

(薬剤師 → 処方医)

報告日 年 月 日

情報提供先医療機関名 島根県立中央病院			
科名:		担当医:	
患者氏名:		ID:	
生年月日:	年	月	日
指導日:	年	月	日
指導・確認対象者: 本人 ・ その他 (関係:)			

薬剤製品名		
確認方法	☐ 初回指導 ☐ 定期指導(回目)	☐ 初回指導 ☐ 定期指導(回目)
	☐ 口頭のみ ☐ デバイスの使用あり	☐ 口頭のみ ☐ デバイスの使用あり
コンプライアンス ※定期指導の場合に限る	☐ 問題なし ☐ 週に 回吸入を忘れる ☐ 朝 / タ の吸入を忘れやすい	☐ 問題なし ☐ 週に 回吸入を忘れる ☐ 朝 / タ の吸入を忘れやすい
薬剤師コメント	☐ 使用可 補助器具使用 有 ・ 無 スペーサー使用 有 ・ 無	☐ 使用可 補助器具使用 有 ・ 無 スペーサー使用 有 ・ 無
	<使用可とした理由> ☐ 製剤で吸入することができた ☐ 練習キットで吸入できた ☐ 手技の順序が言えた ☐ 介護者がいれば吸入可能	<使用可とした理由> ☐ 製剤で吸入することができた ☐ 練習キットで吸入できた ☐ 手技の順序が言えた ☐ 介護者がいれば吸入可能
	その他の報告(副作用・家族からの情報・薬剤保管情報等)	

※手技の詳細評価については、別紙のチェックシートをご参照ください。

次回吸入指導	☐ 必要 ☐ 不要	☐ 必要 ☐ 不要
	必要とした理由	必要とした理由

<保険薬局様へ> 吸入指導後の返信書類3点:「処方箋」・「吸入指導報告書」・「吸入チェックリスト」以上、FAXをお願いします。 吸入困難・デバイス変更依頼などあれば、電話での疑義照会お願い致します。	
情報提供元保険薬局の所在地および名称: TEL: FAX:	
吸入指導した薬剤師	

※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のみ使用致します。

いずも・おおだ吸入支援連携システム