

A票 吸入指導依頼書(医師→薬剤師) ver 1.0

年 月 日

保険薬局薬剤師の方へ

下記の理由により吸入指導が必要な患者様です。吸入指導後、吸入指導実施報告書を当院までFAXして頂くようお願い致します。(※FAXでの返信により、月1回の服薬情報等提供料の算定が可能になる場合があります)

処方箋発行医療機関名：

担当医師名：

FAX：

TEL：

薬剤名	<input type="checkbox"/> 処方通り <input type="checkbox"/> それ以外()
疾患名	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽 <input type="checkbox"/> その他()
依頼理由	<input type="checkbox"/> 初回導入 <input type="checkbox"/> 定期指導() <input type="checkbox"/> 薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> 症状悪化による確認指導 <input type="checkbox"/> その他

【重点指導依頼項目(重複可)】

- 吸入手技 薬効説明 吸入治療の重要性 継続の重要性 その他
スパーサーの取り扱い方法

担当医師のコメント(特記事項)

【患者さんへ】

正しい方法でお薬を吸入するために、薬局薬剤師から、吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いていただくようお願い致します。

この書面により、担当医師から薬局薬剤師へあなたの治療に関する情報をお伝えすることで、吸入について適切な説明が受けられ、有効で安全な吸入が可能になります。保険薬局での指導内容は、当院へFAXにて返信され、次回以降の診療に役立てられます。なお、服薬情報等提供料として、保険に応じて金額30円～90円を保険薬局にてご負担いただきます。

【同意書】

私は上記内容について担当医から説明を受け、薬剤師から吸入指導をうけることに同意します。

ご署名

(続柄)

年 月 日

* 吸入指導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、
吸入連携向上のために使用される場合があります。