

吸入指導依頼書・吸入指導評価表の使用方法

吸入指導依頼書、吸入指導評価表（2種類）があります。＜下図参照＞

吸入指導依頼書

【吸入指導依頼書】

担当医師 _____ 依頼日 _____

フリガナ 患者氏名	性別	年齢	ID
新患名			
病歴			
アレルギー			
既往歴			
身体所見 身長 _____ cm、 体重 _____ kg、 BMI _____			
禁忌疾患 <input type="checkbox"/> 膈骨閉塞性肺内腫 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大			
使用吸入薬			
その他の薬剤			
備考			

厚生労働省2015年12月作成

吸入指導評価表

【吸入指導評価表】 薬剤師→医師
問合せ先: 済生会中野病院 TEL: 044-43-5001

担当医師 _____ 依頼日 _____ 患者氏名 _____
患者ID _____ 指導薬剤師 _____ TEL _____ FAX _____

1回目 平成 ____年 ____月 ____日

指導対象 本人 家族

練習器/実薬で指導(確認)した 手順書を基に口頭で指導(確認)した
 その他 (_____)
 スパースの使用
 併用禁忌薬剤の確認

吸入困難です (他剤 (_____) への変更をお願いします)
理由: _____

前回 平成 ____年 ____月 ____日 前回指導日 ____年 ____月 ____日

指導対象 本人 家族

練習器/実薬で指導(確認)した 手順書を基に口頭で指導(確認)した
 その他 (_____)
 スパースの使用
 併用禁忌薬剤の確認

○前回の吸入指導の評価【吸入指導時にチェックしてください】
※7/27～8/27/9/27/10/27/11/27/12/27

チェック項目	薬品名								
使用薬剤の名前と用法が言える	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入薬を処方されている	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入薬の操作	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入薬の量/回数	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入する	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入後の息止めと息切れ	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入の回数	3	2	1	3	2	1	3	2	1
吸入薬の管理	3	2	1	3	2	1	3	2	1
継続治療の必要性	次回: 3ヶ月・6ヶ月			次回: 3ヶ月・6ヶ月			次回: 3ヶ月・6ヶ月		

○医師への連絡事項
 調子が良くなった 調子が悪くなった 変わりなし
 口内炎 咳声 痰多 口渇 動悸 振戦
 その他 (_____)

アドヒアランス (_____) 残薬 (_____)

吸入困難です (他剤 (_____) への変更をお願いします)
理由: _____

●吸入指導依頼書 【医師→薬剤師】

医師が薬剤師へ患者さまの吸入指導を依頼する際に記載し、院外処方箋と一緒に患者さまから提出される依頼書です。

●病名は「喘息（咳喘息）」「COPD」の確定診断がまだついてない場合でも吸入薬が処方される場合があります。

禁忌事項は、確認していますが再度確認をお願いします

この依頼書に基づいて吸入指導を行い評価表に記載して下さい。

吸入薬の変更が必要な場合は、先に疑義照会用紙で問い合わせをお願いします。

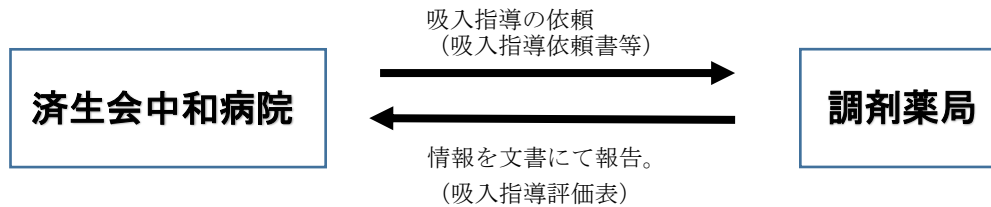
●吸入指導評価表【薬剤師→医師】

患者さまから提出された「吸入指導依頼書」を基に吸入指導を行い、指導評価を依頼した医師へ FAX にて報告するための評価表です。

【1回目】

① 1回目の吸入指導の欄には、患者さまの状態やどのような状況で吸入指導を行ったかを記載してください。

この時には指導評価はしません。



【2回目】

2回目の吸入指導では、前回の指導の評価後、2回目の吸入指導を行ってください。どのような状況で指導を行ったかを記載してください。

※2回目の吸入指導は、初めて吸入薬を処方（1回目吸入指導）されてから1ヶ月後が望ましいですが、吸入薬を2~3ヶ月分まとめて処方される場合もありますので、2度目に処方された時（2ヶ月後、3ヶ月後…）に吸入指導を行った結果を記載してください。

評価表記載後、FAX（0744-46-3066）にて済生会中和病院薬剤部へ報告して下さい

※服薬情報提供料（月に1回15点）の算定ができます。

服薬情報等提供料（15点）とは

処方箋発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供場合に月1回に限り算定する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

ご不明な点は済生会中和病院薬剤部（TEL 0744-43-5001）にお問い合わせください。