

吸入指導実施報告書

(保険調剤薬局 → 処方医)

報告日 年 月 日

情報提供先医療機関名:		
科名:	担当医:	
患者氏名:	ID:	
生年月日(M・T・S・H)	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	<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 定期指導(回目)	<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 定期指導(回目)
	<input type="checkbox"/> 口頭のみ <input type="checkbox"/> デバイスの使用あり	<input type="checkbox"/> 口頭のみ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 週に 回吸入を忘れる <input type="checkbox"/> 朝 / 夕 の吸入を忘れやすい	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 週に 回吸入を忘れる <input type="checkbox"/> 朝 / 夕 の吸入を忘れやすい
薬剤師コメント	<input type="checkbox"/> 使用可 補助器具使用 有・無 スプレー使用 有・無	<input type="checkbox"/> 使用可 補助器具使用 有・無 スプレー使用 有・無
	<使用可とした理由> <input type="checkbox"/> 製剤で吸入することができた <input type="checkbox"/> 練習キットで吸入できた <input type="checkbox"/> 手技の順序が言えた <input type="checkbox"/> 介護者がいれば吸入可能	<使用可とした理由> <input type="checkbox"/> 製剤で吸入することができた <input type="checkbox"/> 練習キットで吸入できた <input type="checkbox"/> 手技の順序が言えた <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 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名:

※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。