

こちらの依頼箋を受け取られた保険薬局様は、以下より返答連絡票をダウンロード・印刷して記載→依頼元へ FAX (あるいは郵送) してください：<http://kumagaya-ph.or.jp/renkei/main.html>

吸入指導依頼箋：埼玉吸入療法サポートネットワーク

依頼日： 年 月 日

医師：
施設：
電話番号：
FAX 番号：

(インプリンター・ハンコ使用可)

患者さん ID：
患者さん氏名：

(インプリンター使用可)

<指導薬剤>

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 定量噴霧式吸入器 (フルティフォーム・アドエア・オルベスコ・フルタイド・キュハール) (サルタノール・メプチン) (ビレーズトリ・ビベスピ) | <input type="checkbox"/> レスピマツト (スピリーバ・スピオルト) |
| <input type="checkbox"/> エリプタ (レルベア・アノロ・エンクラッセ・アニュイティ・テリルジー) | <input type="checkbox"/> タービュヘイター (シムビコート・パルミコート・オーキシス) |
| <input type="checkbox"/> ブリーズハラー (オンプレス・シーブリ・ウルティプロ・アテキュラ・エナジア) | <input type="checkbox"/> デイスカス (アドエア・フルタイド・セラベント) |
| <input type="checkbox"/> ジェヌエア (エクリラ) | <input type="checkbox"/> ツイストハラー (アズマネックス) |
| <input type="checkbox"/> ハンディハラー (スピリーバ) | <input type="checkbox"/> 吸入補助器具 (エアロチャンバー) |
| <input type="checkbox"/> スイングハラー (メプチン) | |
| <input type="checkbox"/> その他 (薬剤名：) | |

<指導回数> 初回 継続指導

<疾患> 喘息 COPD その他 ()

<指導の依頼内容>

- 吸入手技 薬効説明 継続の必要性 発作時の対応
- 喘息：SMART 療法 (定時吸入 6~8 吸入は SMART 療法原則不可)
- 定時 2 吸入/日 追加吸入 1 回 1 吸入 1 日 6 回まで
- 定時 4 吸入/日 追加吸入 1 回 1 吸入 1 日 4 回まで
- その他 ()

<付記すべき事柄>

以下のことを御説明・確認しました。吸入指導を宜しくお願い申し上げます。

【患者さんへ】

吸入薬の吸入法は意外に難しく、また適切に吸入できませんと治療効果がありません。吸入薬を受け取られる患者さんには、初めての方は必ず、ご使用中の方でも定期的に薬剤師から吸入指導を受けていただくようお願いさせていただいております。

この書面により、診療医師から薬局薬剤師に、貴方への「吸入指導」を依頼すると共に、「病名や治療に関する情報」を伝えます。薬剤師が貴方の診療情報を把握することにより、お薬の使い方や安全性等について、適切な助言が可能となります。

なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1 割負担 30 円、2 割負担 60 円、3 割負担 90 円を保険薬局でご負担いただきます。何卒御了承ください。