

吸入指導連絡票

患者氏名：
患者ID：

指導日：
保険薬局名：
担当薬剤師名：

指導薬剤名：
1：
2：
3：
4：

- 該当する項目にチェックを入れて下さい。
(該当なし、は未記入のままをお願いします)

〈照会事項：直ちに処方元へ連絡・相談〉

- デバイスの変更が直ちに必要です。
(吸気流速不足 ・ デバイスを全く使えない など)

〈連絡事項：FAX・郵送等で連絡〉

- デバイスの変更が可能なら検討をお願いします。
理由及び具体的変更提案がある場合
()
- 吸入補助具の使用を開始しました。
 スペーサー その他()
- 残薬が多数あり、処方調整行っています。

〈薬剤師より処方元への連絡：特記事項〉

総合評価：継続指導の必要性 有 無