

吸入指導依頼書

受診をされた患者さんへ

本日処方されている吸入薬は、使い方が治療効果に大きく影響する薬です。大きな効果を得るためには、正確で安全な吸入手技を習得する必要があります。そのために医師と薬剤師が情報の交換・共有をすることが必要です。薬剤師にあなたの病名や治療に関する情報をお伝えすることで、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな指導を受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。なお、服薬情報等提供料として、月に1回30円から90円（1～3割負担）を、薬局にてご負担いただきます。

-----< 同意書 >-----

私は担当医師より上記内容について説明を受け、十分に理解しましたので、吸入指導連携の取り組みに

☐ 同意いたします。 ☐ 同意しません。

令和 年 月 日 ※☐：2回目以降（初回にて同意済み）

署名 _____（本人でない場合の続柄： _____）

吸入連携への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、吸入連携のために使用場合があります。ご不明な点は久留米医薬連携吸入指導研究会事務局までお問い合わせ下さい。

久留米大学病院呼吸器病センター 木下隆（TEL 0942-31-7629 FAX 0942-31-7711）

久留米三井薬剤師会 山口信也（TEL 0942-36-7790 FAX 0942-36-7791）

-----< 吸入指導ワークシート（医師情報） >-----

この吸入指導ワークシートは、病院と薬局において治療に必要な情報を共有することで、患者さんの吸入治療をより有効にするためのものです。現在、吸入薬の種類が増え、吸入方法や手技が難しくなっております。正しく吸入し、治療効果を高めるために、以下の項目にご記入をお願いいたします。

久留米大学病院呼吸器病センター 担当医師 _____（PHS： _____）

【診断】 ☐喘息 ☐慢性閉塞性肺疾患（COPD） ☐ACO（Asthma-COPD オーバーラップ） ☐その他（ _____ ）

【吸入器の使用】 ☐初回 ☐継続

【処方薬】※使用する薬品名の前の空欄に①～④の番号を記入。この番号は薬剤師評価表 薬剤①～薬剤④に対応しています。

	デバイス名	薬品名						
DPI	ディスカス		アドエア		フルタイド			
	タービュハイラー		オーキシス		シムビコート		パルミコート	
	エリプタ		アノーロ		レルベア		アニユイティ	テリルジー
	ロタディスク		リレンザ					
	ブリーズヘラー		ウルティプロ		オンブレス		シーブリ	
	ジャヌエア		エクリラ					
pMDI			オルベスコ		フルティフォーム		メブチン	
			サルタノール		ビレーズトリ			
SMI	レスピマット		スピリーバ		スピオルト			

【医師コメント】

☐実薬で吸入手技指導をしてください ☐補助具を使用してください

☐シムビコートは SMART 療法 ☐残薬の確認をお願いします

☐その他（ _____ ）

-----<<吸入指導ワークシート（薬剤師情報）>>-----

薬局名： _____ 担当薬剤師： _____ 印 _____ 指導日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【吸入薬の理解および手技の評価】（○：問題なし △：注意 ×：問題あり）

※吸入指導書は久留米三井薬剤師会のHPよりダウンロードできます。

	※薬剤については医師ワークシートを参照			
	薬剤①	薬剤②	薬剤③	薬剤④
吸入薬に関する事項				
吸入薬の効果 必要性の理解				
用法 用量の理解				
副作用の理解				
保管方法の理解				
吸入手技に関する事項				
1 薬の準備				
2 息吐き				
3 吸入				
4 息止め				
5 息吐き				
6 後片付け				
7 うがい				
次回指導の必要性	有 無	有 無	有 無	有 無

【指導対象者】

- ☐ 本人
☐ 家族
☐ その他（ _____ ）

【指導方法】

- ☐ 指導書を渡した
☐ デモ機で吸入動作を行った
☐ 笛で吸気流速を確認した
☐ 実薬で吸入手技操作を行った

【残薬の有無】

- （吸入器の持参 ☐ あり ☐ なし ）
☐ なし
☐ あり（ _____ ）

【薬剤師コメント】

- ☐ pMDI は同調が困難です。スパーサーの使用または DPI への変更の検討が必要
☐ 副作用： 無し / 有り → 有りの場合 （動悸・振戦・口渇・嘔声・その他 _____）
☐ 禁忌薬があります → 薬品名（ _____ ）

指導内容とコメント