

やまがた医療連携吸入指導依頼票

() 病院 () 医師 FAX: TEL:

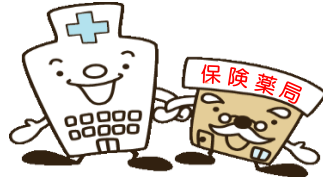
患者氏名 様 () 歳 喘息 COPD その他 () 新規 継続

コントロール状況

良好 不十分 不良

以下の指導を重点的にお願いします

吸入指導 継続の必要性 薬効説明



《吸入指導》

◎できる ・ ○確認が必要 ・ △できない

手順	製剤	製剤1		製剤2		製剤3	
		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続
①	薬剤の準備	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
②	息吐き	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
③	吸入	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
④	息止め	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
⑤	息吐き	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
⑥	後片付け	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
⑦	うがい	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> ◎	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> △
継続指導の必要性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
薬剤師より 医師へのコメント		【残薬】なし・あり(その状況) / 【アドヒアランス】良・不十分(その状況)					
・患者さんの訴え ・その他特記事項							

《患者さんへ》
 あなたが現在行っている吸入療法において、吸入手技や吸入動作は治療効果に大きく影響するため正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。この書面により医師から保険薬局薬剤師に、あなたの病名や治療に関する情報をお伝えします。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細かな指導がうけられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。
 なお、薬剤服用歴管理指導料 吸入指導加算として、保険金額1割負担30円、2割負担60円、3割負担90円を、吸入薬の種類ごと3ヶ月に1回保険薬局にてご負担いただきます。

《同意書》
 私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で私の吸入治療を支援する本取り組みに参加することに同意します。

____年 ____月 ____日 2回目以降(初回に同意済み)
 署名 _____ (本人でない場合の続柄:)

吸入連携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、吸入連携をより良いものにするために使用場合があります。

医師より薬剤師へのコメント

薬局名 () 担当薬剤師 ()
 TEL: FAX:

医師欄

薬剤師欄

本用紙は、吸入指導終了後に処方施設へFAXをお願いします。
 何かご不明な点がございましたら右記までお問い合わせ下さい。 やまがた医療連携吸入指導依頼票 お問い合わせ窓口 金井 (TEL:090-8784-6782)

* 保険薬局は吸入指導加算を算定する場合、算定要件を満たしていることを確認し、本用紙にて保険医療機関へフィードバックをお願いします。
 (https://kyuunyuyamagata.jimdofree.com/ 吸入療法アカデミーやまがた)

Ver.2020040

