

【患者さんへ】 この用紙は処方箋と一緒に薬局の薬剤師にお渡しください。

吸入指導依頼書（医師→薬剤師）

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

担当医： _____

患者氏名： _____

(※記載必須項目)

依頼理由	<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> 再指導 以下の指導を重点的にお願いいたします <input type="checkbox"/> 吸入手技 (再指導の場合： <input type="checkbox"/> 吸入器操作 <input type="checkbox"/> 吸い方 <input type="checkbox"/> 息止め <input type="checkbox"/> 含嗽) <input type="checkbox"/> 薬効の説明 <input type="checkbox"/> 継続の必要性 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> その他 (_____)
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
指導する薬剤※	<input type="checkbox"/> pMDI(<input type="checkbox"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> キュバル <input type="checkbox"/> フルタイト [®] <input type="checkbox"/> フルティフォーム <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> メプチン <input type="checkbox"/> アトロベント <input type="checkbox"/> ビベスピ [®] <input type="checkbox"/> ビレーストリ) <input type="checkbox"/> スイングヘラー(メプチン) <input type="checkbox"/> レスピマツ(<input type="checkbox"/> スピリーバ [®] <input type="checkbox"/> スピオルト) <input type="checkbox"/> タービュヘイラー(<input type="checkbox"/> パルミコート <input type="checkbox"/> シムビコート <input type="checkbox"/> オーキス) <input type="checkbox"/> プリースヘラー(<input type="checkbox"/> シープリ <input type="checkbox"/> オンプレス <input type="checkbox"/> ウルティブロ <input type="checkbox"/> アテキュラ <input type="checkbox"/> エナジア) <input type="checkbox"/> エリプタ(<input type="checkbox"/> アニューティ <input type="checkbox"/> エンクラッセ <input type="checkbox"/> レルベア <input type="checkbox"/> アノーロ <input type="checkbox"/> テリルジー) <input type="checkbox"/> ディスカス(<input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> フルタイト [®] <input type="checkbox"/> セレベント) <input type="checkbox"/> ツイストヘラー(アスマネックス) <input type="checkbox"/> ジェヌエア(エクリラ)
スパーサー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
SABAの使用法	<input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 運動前(運動誘発喘息) <input type="checkbox"/> アシストユース(COPD) <input type="checkbox"/> その他 (_____)

担当医のコメント(特記事項)