

吸入指導評価表

(服薬情報等提供書)

<評価表の記載方法>
 ☆指導日、指導回数を記載する
 ☆薬剤理解評価と手技評価を行う
 ○できる △確認が必要 ×できない
 ☆医師への照会事項、連絡事項の該当項目を記入する
 ☆右記医療機関にFAX送信する

指導日：平成 年 月 日

本指導箋を用いた指導回数 回目

// 前回指導日：平成 年 月 日

薬局にて保管

【薬剤理解評価】

内容	評価/説明
定時吸入薬、臨時吸入薬の使い分けができる	○・△・×
保存法を理解している	○・△・×
SABAの使用回数	回/週

患者ID: _____
 患者氏名: _____ 年齢: _____
 生年月日: _____ 性別: _____

FAX送信先

医療機関名 _____ 担当医師名 _____

FAX: _____

TEL: _____

【手技評価】

手順	薬品1		薬品2		薬品3		SABA 短時間作用性β2刺激薬 メブチン サルタノール	
	□新規処方 □継続処方	○・△・×	□新規処方 □継続処方	○・△・×	□新規処方 □継続処方	○・△・×	□新規処方 □継続処方	○・△・×
薬の準備	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
息吐き	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
吸入(深さ・速さ)	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
息止め(pMDI)	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
後片付け	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
うがい	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×	○・△・×
継続指導の必要性	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
再指導の希望(患者)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

□該当する項目にチェックを入れて詳細を記入してください
 ※下記項目及び医師への特記事項のうち該当する物を満たす事で
 服薬情報等提供料を算定する事が出来ます。

<医師への照会事項>

□吸入手技・吸気流速に問題あり⇒処方変更: 無・有 ()
 □副作用出現時(尿閉・振戦・動悸など)
 ⇒処方変更: 無・中止・有(変更内容)

<医師への連絡事項>

□同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を勧めました
 □副作用の出現: 無・有(口渇・頻尿・嘔声・口腔内違和感・その他
 < >)

□併用薬剤(OTC・サプリメントを含む)コピー添付可
 薬剤師より医師へ/特記すべき事項(家族・介護者からの情報含む)

薬局名: _____

担当薬剤師: _____