

吸入指導同意書

【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為、正確で安全な吸入方法を習得すると共に、患者様に適した薬剤を選択する事が重要となります。あなたの吸入手技や吸入動作に関する情報を医師へお伝えさせて頂く事により、現在の治療薬による効果をより正確に評価する事ができ、また必要に応じ患者様により適した薬剤への変更を検討するきっかけともなります。これにより、より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、保険種別に応じて 20 円～60 円の負担金が掛かる場合がございます。

【同意書】

私は、上記の内容について担当薬剤師より説明を受け、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。

平成 年 月 日

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に匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用することがあります。また、ご不明な点等ありましたら主治医にご相談下さい。