

病院・保険薬局連携シート(吸入指導)

大阪鉄道病院 呼吸器内科

FAX:06-6628-2284

TEL:06-6628-2221(代表)

病院 → 保険薬局 → 病院

医師名

吸入指導後は結果を記入し、FAXで送信をお願いします。
 ご不明な点は大阪鉄道病院 呼吸器内科外来まで問い合わせてください。

病院記入欄

ID	病名		喘息	COPD	
氏名			その他()		
処方回数	新規処方		継続処方		
薬剤	シムビコート	フルティフォーム	レルベア	アドエア	フルタイド
	セレベント	ウルティブロ	オンブレス	スピリーバ	()

保険薬局記入欄

【保険薬局名】	【担当薬剤師】

次のチェック項目について確認をお願いします

			コメントあれば記入
薬の名前がわかる	いえる	いえない	
薬の役割がわかる	わかる	わからない	
用法・用量がわかる	わかる	わからない	
うがいの必要性がわかる	わかる	わからない	
シムビコートのSMART療法	わかる	わからない	

次のチェック項目について重点的に指導をお願いします

			コメントあれば記入
新規導入のため一連の動作確認	できる	再確認必要	
吸入のセッティング	できる	再確認必要	
吸入前の息吐き	できる	再確認必要	
吸入薬の吸い込みの仕方	できる	再確認必要	
残量の確認方法	できる	再確認必要	

副作用 : 口内炎 嘔声 尿閉 口渇 動悸 振戦 その他()

何か連絡事項がありましたらご記入をお願いします

()

患者の同意

私は吸入指導依頼に関する説明を受け、それらを理解した上で吸入指導を受けることに同意して依頼します。(服薬情報等提供料として一部負担金が発生しますので御了承ください。)

ご署名