

吸入指導評価表 (服薬情報等提供書)

【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

【手技評価】

薬品 手順	薬品 1	薬品 2	SABA 短時間作用性 $\beta 2$ 刺激薬
	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方	<input type="checkbox"/> 新規処方 <input type="checkbox"/> 継続処方
薬の準備			
息吐き			
吸入(深さ・速さ)			
息止め、息こらえ			
後片付け			
うがい			
継続指導の必要性	有・無	有・無	有・無
再指導の希望(患者)	有・無	有・無	有・無

〈評価表の記載方法〉

- 指導日、指導回数を記載する
- 薬剤理解度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 する

患者 ID : _____

患者氏名 : _____

生年月日 : _____

年齢 : _____ 性別 : _____

指導日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

指導回数： 初回 _____ 2 回目以上

前回指導日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬局
保管

FAX 送信先

医療機関名 : _____

担当医師名 : _____

FAX : _____

TEL : _____

該当する項目にチェックを入れて詳細を記入して下さい
※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ことができます。

〈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)

〈医師へ連絡事項〉

同調吸入が難しいため、スパーサーの使用を提案した

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(家族等からの情報を含む)

薬局名： _____

担当薬剤師： _____