



服薬情報提供書(吸入指導)

吸入薬の手技を指導した内容・評価を報告して下さい。
 デバイスの変更が必要などの即時性の高い内容は疑義照会票を使用して下さい。
 主治医へ情報提供することに関して患者の同意を得た上で報告して下さい。

処方医 (担当医)	科			先生	報告日	年 月 日	
患者名				様	処方箋 発行日	年 月 日	
生年月日	年	月	日	保険薬局名			薬剤師
患者番号 <small>※処方箋の備考に記載の7桁の番号</small>				薬局 電話番号			薬局 FAX番号

薬品名	
-----	--

確認事項	評価	詳細
用法用量の理解	○ △ ×	
デバイスの操作	○ △ ×	
吸入前の息吐き	○ △ ×	
吸入速度と強さ	○ △ ×	
吸入後の息止め	○ △ ×	
吸入後のうがい	○ △ ×	
薬剤の残量確認	○ △ ×	
吸入アドヒアランス	良好 不良	
残薬の有無	なし あり	
副作用	なし あり	

○:できる △:見守りが必要 ×:できない

<<報告>>
<<提案>>