

# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 《吸入指導》

《注意!!》このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高い問い合わせや疑義照会 は処方箋右側記載通りの方法でお願いします。 報告日: 年 月 日

診療科	保険薬局(店舗名)名称・住所・TEL・FAX				
処方医					
ID番号 <small>※備考欄 10桁数字</small>					
ふりがな					
患者氏名	FAX ( ) - ( ) -	担当薬剤師			
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	
※ 処方変更があることに対して、患者さんから同意を <input type="checkbox"/> 取得しました(有)。 <input type="checkbox"/> 取得していません(無)。 <input type="checkbox"/> 取得していないが、治療上重要と考えられる為、報告致します。					

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。下記の通り、ご報告すべき点がございましたのでご高配賜りますようお願い申し上げます。

聴取日	年 月 日 ( )	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 投薬時(調剤時)	<input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時		
処方箋発行年月日	年 月 日 ( )	次回来院 診察予約	年 月 日 ( )		

## 報告内容

指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目	吸入指導日	年 月 日 ( )		
説明内容	<input type="checkbox"/> 口頭にて確認 <input type="checkbox"/> 吸入薬説明書にて確認 <input type="checkbox"/> 練習器・実薬を用いて吸入確認 <input type="checkbox"/> 再度、吸入療法と吸入手技を指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
報告理由	<input type="checkbox"/> 初回報告 <input type="checkbox"/> 経過報告 <input type="checkbox"/> アドヒアランス不良 <input type="checkbox"/> 状態の悪化				
DPI: dry powder inhaler (ドライパウダー吸入器)	SMI: soft mist inhaler (ソフトミスト吸入器)	■ 吸入薬剤名(規格含む)		■ 吸入薬剤名(規格含む)	
pMDI: pressurized metered-dose inhaler (加圧式定量噴霧吸入器)					
吸入療法	・吸入療法の必要性・重要性を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・吸入の薬効、副作用の理解があるか?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・用法・用量の理解があるか?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・コントロール薬と発作時薬の使い分け	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
吸入手技	・過剰な残薬の有無	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・デバイス操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・吸入前の「息吐き」は適切か?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・吸入中の「速さ」と「深さ」は適切か?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	・吸入後の「息止め」は出来ているか?	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
評価	・うがい出来ているか?(ステロイド含有の場合)	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/> 問題なく吸入可能です。	<input type="checkbox"/> 吸入困難です。他剤への変更をご考慮をお願いします。			
	<input type="checkbox"/> 吸入操作・手技に問題。要継続指導	<input type="checkbox"/> デバイス専用補助器具などの使用を推奨した。			
	<input type="checkbox"/> 吸入操作に介助があれば吸入可能。	推奨デバイス _____ 理由: _____			
	<input type="checkbox"/> 吸入手法に問題があります。	<input type="checkbox"/> デバイス変更があれば、よりよい吸入が可能			

提供頂きました患者さんの情報をカルテに記載し、担当医師へ伝達・情報共有を行いました。引き続き経過フォローをよろしくお願い致します。

## 【病院記入 返信欄 (病院 → 薬局)】

- 報告内容を確認致しました。(報告、提案内容を医師へ伝達いたしました)
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察致します
- 次回から提案通りの内容に変更致します。  提案の内容を考慮し、以下のように対応致します。

回答日	年 月 日
薬剤師	

(具体的に記載)