

令和2年12月16日

津島海部薬剤師会 御中
桑名地区薬剤師会 御中

JA 愛知厚生連海南病院 薬剤部

吸入指導依頼書・報告書の改訂について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

皆様のご協力のもと、当院が吸入指導依頼書・報告書の運用を開始し7年が経過しました。この度、これまでよりも医師との連携が取りやすくなるよう、過日実施したアンケート結果に基づいて吸入指導依頼書・報告書の内容の見直しを行いましたので、ご案内させていただきます。

令和3年1月4日より改訂した書式を使用していきますので、引き続きご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

【改訂内容】

1. 医師からの依頼意図を薬剤師が把握しやすくなるよう、吸入指導依頼書に「吸入薬使用目的」「依頼目的」「指導対象」を追加しました。
2. 吸入指導の必要性について患者自身が理解し、保険薬局で積極的に指導を受けていただけるよう、「この用紙を受け取られた患者様へ」という患者向けのメッセージを追加しました。
3. 残薬の有無や疑義照会以外の患者の訴えを報告出来るよう、「その他の報告」の欄を追加しました。

以上

吸入指導報告書 [保険薬局記入用]

* 記入後はこの用紙を海南病院へFAX(0567-67-3697)をしてください。
* 吸入困難、デバイス変更依頼などがあれば、すぐに医師へ連絡をしてください。

院内の運用フロー図
保険薬局 ⇒ 電話交換(振り分け)
⇒ 各科外来(電子カルテ取り込み)

患者ID:

生年月日:

海南病院

科 医師名:

患者氏名:

指導日:

指導にかかった時間:

分

指導薬剤:

薬局名/連絡先:

指導薬剤氏名:

依頼書: あり なし

指導目的: 初回指導 デバイス変更 アドヒアランス確認 手技確認 その他【 】

《吸入薬使用可否の判断》 ※いずれかに必ず☑をしてください。

問題なく使用可能 何度か練習すれば、何とか自分で吸入可能 スパーサーがあれば吸入可能

介助があれば吸入可能 → 介助者: 【 】

デバイスの変更があれば吸入可能

手技獲得困難

生活に支障のある副作用の発現あり

→ 処方医へ疑義照会

《判断理由》 ※いずれかに必ず☑をしてください。 ※インチェックは指導デバイスの抵抗に合わせて測定してください。

インチェックで吸気流速が【 】L/min 製薬会社のトレーナーで問題がない

実薬の吸入で吸い残しやエア・ミスト漏れがない その他【 】

《指導内容》

～共通項目～ ※いずれかに必ず☑をしてください。

効果・利点 用法・用量 手技・手順 2吸入以上の場合の説明 吸入後のうがい

使用可能回数、残量の確認方法 保管・廃棄

～エアゾールの場合～

オープンマウス法 クローズドマウス法

～スパーサー使用の場合～

使用したスパーサー: エアロチャンバー(マウスピース) エアロチャンバー(小児用マスク)

エアロチャンバー(大人用マスク) その他【 】

スパーサーの指導内容: 使用方法の説明 洗浄方法 交換の目安

《その他の報告》

残薬: なし あり → 残【 】キット

患者の訴え: なし

嘔声 口渴 呼吸困難感 動悸 排尿困難 その他【 】

《コメント》