

★患者さんへお知らせ★

○正しくお薬を使って頂けるように薬剤師に指導していただく用紙になります。
 ○こちらの用紙を処方せんと一緒にいつも利用する”かかりつけ薬局の薬剤師”へお渡し下さい。
 ○ご不明な点がありましたら、旭川医療センター薬剤部までご連絡下さい。

吸入指導依頼書

記入日 平成 年 月 日

【医師記入ページ】

※赤字の項目は必ず記入

担当医 _____

患者氏名		患者ID	
吸入指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他()	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 喘息+COPD <input type="checkbox"/> その他 ()		
指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 12か月後	吸入薬使用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

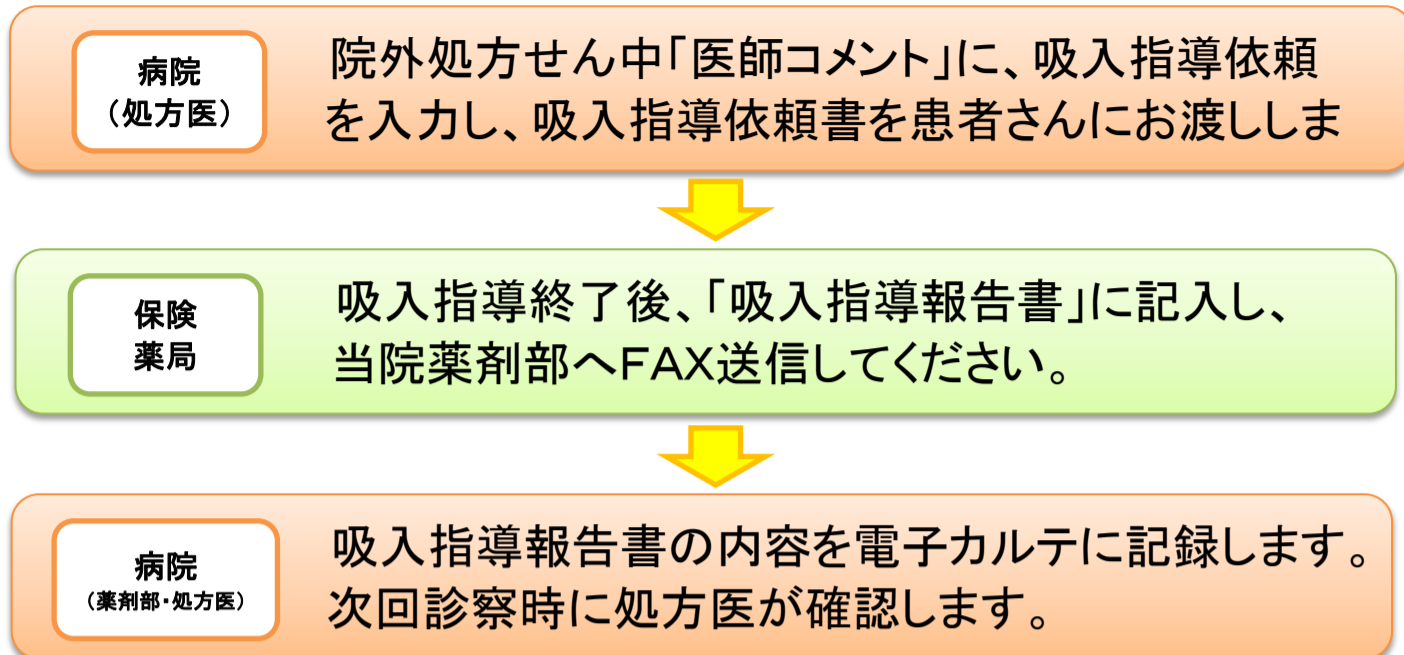
①吸入指導希望薬剤						
<input type="checkbox"/>	処方せんどおり					
<input type="checkbox"/>	スパーサー(吸入補助器具)の利用					
<input type="checkbox"/>	手持ちの吸入薬					
以下の薬剤の指導	No.	薬剤名		No.	薬剤名	
ICS/LABA	<input type="checkbox"/> 1	シムビコート タービュヘイラー	LABA/LAMA	<input type="checkbox"/> 12	ウルティブロ ブリーズヘラー	
	<input type="checkbox"/> 2	アドエア ディスカス		<input type="checkbox"/> 13	アノーロ エリプタ	
	<input type="checkbox"/> 3	アドエア エアゾール	LABA	<input type="checkbox"/> 14	セレベント ディスカス	
	<input type="checkbox"/> 4	フルティフォーム エアゾール		<input type="checkbox"/> 15	オンブレス ブリーズヘラー	
	<input type="checkbox"/> 5	レルペア エリプタ		<input type="checkbox"/> 16	オーキシス タービュヘイラー	
ICS	<input type="checkbox"/> 6	パルミコート タービュヘイラー	LAMA	<input type="checkbox"/> 17	スピリーバ ハンディヘラー	
	<input type="checkbox"/> 7	フルタイド ディスカス		<input type="checkbox"/> 18	スピリーバ レスピマット	
	<input type="checkbox"/> 8	フルタイド エアゾール		<input type="checkbox"/> 19	シーブリ ブリーズヘラー	
	<input type="checkbox"/> 9	キューバル エアゾール		<input type="checkbox"/> 20	エクリラ ジェヌエア	
	<input type="checkbox"/> 10	オルベスコ インヘラー		<input type="checkbox"/> 21	テルシガン エロゾル	
	<input type="checkbox"/> 11	アズマネックス ツイストヘラー		SABA	<input type="checkbox"/> 22	サルタノール インヘラー
		<input type="checkbox"/> 23	メプチン スイングヘラー			
		<input type="checkbox"/> 24	メプチン エアー			

②患者さんの吸入に関して、医師から特にお願いしたい事
【吸入手技に関して特に重点を置く項目についてもこちらにご記入下さい】

③医師から薬剤師に特に伝えたい事

*この依頼書についてご不明な点がございましたらこちらまでご連絡下さい。
 独立行政法人国立病院機構旭川医療センター 薬剤部
 〒070-8644 北海道旭川市花咲町7-4048
 TEL:0166-51-3161(代表) FAX:0166-55-2961(薬剤部)
 *裏面に吸入指導連携パスに関する説明を記載していますのでご確認下さい。

<吸入指導連携パスの流れ>



吸入指導のタイミング

- ①吸入指導依頼書を受け取り、内容を確認した後、吸入指導を実施して下さい。
- ②初回の吸入指導以降は原則6か月後、12か月後を目安に吸入指導依頼書を発行しますので、吸入指導をお願いします。
- ③12か月後以降は、患者さんの理解度等に応じ継続した吸入指導の実施をお願い致します。
なお、吸入指導報告書のFAX送信は不要です。

吸入指導報告書の利用について

- ①吸入指導報告書は「初回」、「6か月後」、「12か月後」の様式がありますので、該当する様式をご使用下さい。
なお、旭川医療センター薬剤部HPに吸入指導報告書のフォーマットがありますのでご使用下さい。
- ②吸入指導実施後、吸入指導報告書を使用して確認及び評価を行い、当院薬剤部へFAX送信して下さい。
- ③吸入指導に関するご相談やお問い合わせは、吸入指導報告書を使用し当院薬剤部へFAX送信して下さい。

吸入指導のポイント(参考)

【初回指導】

- ①各製薬会社が提供している患者用説明書の内容に準じて吸入薬の特徴と重要性を説明する。
- ②吸入薬のステロイド、SABA、LABA、抗コリン薬の違いについて理解してもらう。
- ③薬剤師が見本として実際に吸入器具の操作と吸入をやってみせる。
- ④練習器具を使用して患者自身にやってもらう。
- ⑤起こり得る可能性がある副作用と予防法について説明する。
- ⑥他院から処方されている併用薬があれば確認を行い、必要に応じて疑義照会を行う。

【6か月、12か月】

- ①喘息発作状況やSABAの使用頻度、アドヒアランスなど経過を把握する。
- ②副作用の発現状況を確認する。
- ③初回と比較し症状がどのように変化したか確認する。
- ④患者にとって適したデバイスを薬剤師の視点から検討し、必要に応じて疑義照会を行う。

ご質問について

- Q1.患者さんが処方せんを持っていく保険薬局を変えてしまった場合はどうするのか。
医師よりかかりつけ薬局で指導を受けるよう説明をしていますが他の薬局へ行った場合は、処方せん中の医師コメントやお薬手帳の指導記録、ご本人等より吸入指導回数をご確認いただき、「吸入指導のポイント」を参考に吸入指導を実施して下さい。また、吸入指導報告書を使用して確認及び評価後、当院薬剤部へFAX送信をお願い致します。
- Q2.吸入指導連携パスの目的は何か。吸入指導依頼書を受け取ってからどう対応すればいいか。
気管支喘息、COPDの薬物治療は吸入療法による治療が中心であり、吸入薬の治療効果を最大限に発揮させるため、患者の確実な吸入手技の習得とアドヒアランスの向上を目指します。病院・診療所と保険薬局の連携ツールとしてご使用下さい。吸入指導依頼書の受け取り後、「吸入指導連携パスの流れ」に準じて対応をお願い致します。
- Q3.患者さんが吸入指導依頼書を持ってきたが、人手が不足しており対応できない場合はどのようにしたらいいか。
吸入指導依頼書に基づく対応ができない旨を患者さんへご説明して頂き、ご了解を頂きますようお願い致します。
また、お手数ですが吸入指導報告書の「医師に伝えたい事」欄に概要をご記入頂き、当院薬剤部へFAX送信して下さい。
- Q4.施設に入居されている方など、患者さんご本人に直接吸入指導ができない場合、どう対応すればいいか。
例えばデバイスの手技に関するDVDやPC等を利用したり、ご本人に代わりご家族やヘルパー等へ指導をお願い致します。
なお、吸入指導不可を含め吸入指導報告書の「医師に伝えたい事」欄に概要をご記入頂き、当院薬剤部へFAX送信して下さい。
- Q5.吸入指導したことをお薬手帳や指導せんなどに情報を記載することで他の薬局でもわかるようになるのではないかと。
「お薬手帳貼付用 吸入指導報告書」を作成しましたので、病院・診療所と保険薬局の連携ツールとしてご使用下さい。
なお、旭川医療センター薬剤部HPに「お薬手帳貼付用 吸入指導報告書」のフォーマットがありますのでご利用下さい。