



松下記念病院 御中

報告日: 年 月 日

**〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り疑義照会票にてFAXでお願いします。**

服薬情報提供書【吸入薬】（トレーシングレポート）

担当医	科	保険薬局 名称・所在地
	先生 御待史	TEL: _____ FAX番号: _____
患者ID:		担当薬剤師
患者名:		印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。		

- ・ 処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
- ・ 下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

吸入薬名 (_____)	<input type="checkbox"/> 問題なし	
【吸入手技】		
吸入前	吸入薬の準備ができるか <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	<div style="font-size: 2em; color: blue;">➔</div> <p>〈理解度不良の場合〉</p> <p>指導により</p> <input type="checkbox"/> 改善あり <input type="checkbox"/> 改善なし
	マウスピースを適切にくわえているか <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	
吸入時	デバイスを適切に保持しているか <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	
	息の吸い込みができていますか <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	
吸入後	息を止め、適切なスピードで吐き出しているか <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	
	うがいを行っているか (2種類) <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	
	後片付けが行えるか <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良	

- アドヒアランス 良 / 不良
- 副作用 なし / あり (嚔声 / 口腔内の白苔 / 動悸 / 排尿障害 / 発声障害)

薬剤師からの提案やコメント

なお、大変お手数をおかけしますが、今後の参考とするために、下記に記入後、返信いただければ幸いです。

返信欄

対応 (医師記入欄)

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 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します。
- 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

年 月 日 医師名: _____

※本用紙をお受取りになった医師は返信欄にコメントいただき、CoMedix-ウェブメールにて当院薬剤部へご返送ください。