



嬉野医療センター薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーニングレポート）【吸入指導】

診療科：	保険薬局 名称・所在地：
主治医：	
患者ID：	
患者氏名： (生年月日：西暦 / /)	
	電話番号：
	FAX番号：
	担当薬剤師：
この情報を伝えることに対して、同意を <input type="checkbox"/> 得た（患者本人・家族・その他 <input type="checkbox"/> ） <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るが、治療上重要だと思われるため報告する	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告内容

【指導歴】	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再指導（ ）回
【指導方法】	<input type="checkbox"/> 練習器、実器を用いて指導（実際の吸入あり） <input type="checkbox"/> 練習器、実器を用いて指導（吸入なし）
	<input type="checkbox"/> 動画 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【疾患・薬剤に関する理解度】 評価（○：できる △不十分/確認必要 ×できない）

内容	薬剤名（ ）			薬剤名（ ）		
吸入療法の必要性	○	△	×	○	△	×
薬剤名	○	△	×	○	△	×
薬効	○	△	×	○	△	×
用法・用量	○	△	×	○	△	×
保管方法	○	△	×	○	△	×

【手技に関する理解度】 評価（○：できる △不十分/確認必要 ×できない）

内容	薬剤名（ ）			薬剤名（ ）		
吸入器具の操作	○	△	×	○	△	×
吸入前の息吐き	○	△	×	○	△	×
吸入動作（正しく吸入できる）	○	△	×	○	△	×
吸入後の息止め	○	△	×	○	△	×
吸入後の息吐き	○	△	×	○	△	×
吸入後のうがい	○	△	×	○	△	×
その他（要内容記載）						

【医師（医療機関）への連絡事項・指導薬剤師の評価】

<input type="checkbox"/> 問題なく使用可能
<input type="checkbox"/> 問題あり（ <input type="checkbox"/> 吸入手技 <input type="checkbox"/> 吸気速度） ➔ <input type="checkbox"/> 処方変更の提案（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 他剤変更ご検討ください ） （推奨デバイス： _____ 理由： _____）
<input type="checkbox"/> 同調が難しいためデバイス専用補助器具の推奨
<input type="checkbox"/> 副作用出現➔ <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 口腔内違和感 <input type="checkbox"/> その他 ➔ <input type="checkbox"/> 処方変更の提案（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 他剤変更ご検討ください ）
<input type="checkbox"/> 継続指導の必要性
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）