様

**吸 入 指 導 依 頼 書**

金沢大学附属病院 呼吸器内科 医師

あなたに処方された吸入薬は、正確で安全な吸入方法を習得することで、良好な治療効果が得られます。そのため、当院は保険薬局と連携して、あなたの吸入療法を支援する取り組みを行っています。院外処方せんとともに、この依頼書を保険薬局へ提出すると、吸入指導を受けることができます。薬局の指導内容(別紙の吸入指導評価表による)は、当院に返信され、診療に反映されます。なお、服薬情報等提供料・吸入指導料として、月1回、保険金額10～100円を保険薬局にてご負担頂くことになります。

保険薬局が吸入療法を支援するにあたり、担当医師から保険薬局の薬剤師に、あなたの病名や診療情報が伝えられます。保険薬局の提供された個人情報は、個人が特定できないよう匿名化し、あなたの吸入療法をより良いものにするためにのみ使用します。

**同 意 書**

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で，保険薬局薬剤師による吸入指導を受けることに同意します。

20　　年　　　月　　　日　　※□：2回目以降 （初回にて同意済み）

署名 　　　　　　　　　　　　　　　　（本人でない場合の続柄：　　　 ）

＜病名および診療情報＞

1. 吸入指導依頼書による指導回数： □初回指導、 □継続指導（　　 回目）

2. 病名： □喘息、 □慢性閉塞性肺疾患（COPD）、 □その他（ ）

3. 喘息における重症度： □軽症（間歇型・持続型）、 □中等症、 □重症、 □最重症

4. 急性増悪歴（過去１年以内）： □有（ □入院、 □救急受診）、 □無、 □不明

＜重点指導依頼項目＞

(ア) □吸入手技、 □薬効説明、 □吸入治療の重要性、 □その他（　　　　　　　　 ）

(イ) スペーサー（吸入補助具）の使用： □必要、 □不要

(ウ) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

かかりつけ薬局様へ　：　ご不明な点は以下あてお問い合わせ下さい。

金沢大学附属病院薬剤部　TEL:076-265-2000（内線2047） FAX 076-234-4280

吸入チェックシートは金沢大学附属病院薬剤部ホームページからダウンロードしてください。

<https://pharmacy.w3.kanazawa-u.ac.jp/5-4-2.html>