

吸入療法には、吸入薬を正しく使用することが重要です。正しく吸入ができていないと治療効果が不十分なだけでなく、時には副作用で悩まされることもあります。吸入薬は、お薬をもらう薬局で薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたの病名や治療法について、医師から薬局薬剤師へ情報をお伝えします。薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入治療をより安全で有効に進められることができます。

【吸入指導依頼書】

医師 → 薬剤師

医療機関名 _____

担当医師 _____

患者名 _____

年齢 _____ 性別 男・女

< FAX送信先（連絡先） >

TEL (_____) _____ - _____

FAX (_____) _____ - _____

※ 下記、該当する項目に☑を入れて下さい

【病名】

- 喘息（咳喘息） 喘息（咳喘息）疑い COPD COPD疑い
 その他 [_____]

【アレルギー歴】

- あり〔薬剤 _____ 〕 〔その他 _____ 〕
 アスピリン喘息（NSAIDs喘息）
 なし

【依頼内容】

- 初回指導 継続指導（ _____ 回目） その他 [_____]

【使用吸入薬】 ※ 一部だけの指導を依頼される場合は、その旨を<備考欄>に記入してください

ステロイド薬	LABA (長時間作用性β2刺激薬)	LAMA 抗コリン剤	配合剤 (吸入薬+LABA)	配合剤 (LAMA+LABA)
<input type="checkbox"/> パルミコート タービュハイラー	<input type="checkbox"/> オンプレス 吸入用カプセル	<input type="checkbox"/> スピリーバ 吸入用カプセル	<input type="checkbox"/> アドエア ディスクス	<input type="checkbox"/> ウルティプロ 吸入用カプセル
<input type="checkbox"/> アズマネックス ツイストハラー	<input type="checkbox"/> オーキシス タービュハイラー	<input type="checkbox"/> スピリーバ レスピマット	<input type="checkbox"/> アドエア エアゾール	<input type="checkbox"/> アノーロ エリプタ
<input type="checkbox"/> フルタイド ディスクス	<input type="checkbox"/> セレベント ディスクス	<input type="checkbox"/> シープリ 吸入用カプセル	<input type="checkbox"/> シムビコート タービュハイラー	<input type="checkbox"/> スピオルト レスピマット
<input type="checkbox"/> フルタイド エアゾール		<input type="checkbox"/> エクリラ ジェヌエア	<input type="checkbox"/> レルベア エリプタ	SABA (短時間作用性β2刺激薬)
<input type="checkbox"/> キュバル エアゾール		<input type="checkbox"/> エンクラッセ エリプタ	<input type="checkbox"/> フルティフォーム エアゾール	<input type="checkbox"/> メブチン スイングハラー
<input type="checkbox"/> オルベスコ インハラー				<input type="checkbox"/> メブチン エアー
<input type="checkbox"/> アニユイティ エリプタ	<備考欄>			<input type="checkbox"/> サルタノール インハラー

★エアロチャンバー使用 マウスピースタイプ大人用 マスク付小児用

【COPDの場合のSABAの使用法】

- レスキューユース（呼吸困難時頓用） アシストユース（呼吸苦のある動作の前）+レスキューユース

【喘息発作時のSABA使用以外の方法】

- SMART療法（シムビコートタービュハイラーによる発作時頓用）

この「吸入指導依頼書」は、病院・診療所の医師と保険薬局の薬剤師の間で情報を共有して、吸入療法に役立てる為のものです。吸入薬を処方される医師は必要事項をご記入の上、患者さまには本依頼書を院外処方箋とともに調剤薬局へ提出し、吸入指導を受けていただくようにご説明ください。調剤薬局で吸入指導後、吸入指導の結果として「吸入指導評価表」が、貴院<FAX送信先（連絡先）>宛てに送信されます。

※ 本依頼書または吸入指導評価表の使用に関して、ご不明な点は吹田市薬剤師会（TEL06-6386-8931）にお問い合わせください。

また「吸入指導依頼書」「吸入指導評価表」は吹田市薬剤師会のHPよりダウンロードできます。