



〈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担当医への電話にてお願いいたします。

吸入指導報告書（トレーシングレポート）

患者 ID: _____ 年齢: _____ 患者イニシャル（姓・名）: _____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診療科: _____	保険薬局（名称・所在地） 電話番号: _____ FAX 番号: _____ 担当薬剤師名: _____
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ため報告します。	

【報告事項】

指導日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回・継続 (_____ 回目)

〈指導を受けた方〉 ご本人 ご家族 その他 (_____)

〈薬剤理解評価〉 【○できる △確認が必要 ×できない】

- () 薬品名が言える () うがいの必要性の理解 () 薬の役割がわかる
 () 保管方法の理解 () 用法・用量がわかる

〈吸入手技評価〉 【○できる △確認が必要 ×できない】

手順	薬品名 1 (_____)	薬品名 2 (_____)	薬品名 3 (_____)
準備			
息吐き			
吸入			
息止め			
息吐き			
うがい			
後片付け			
補助具の使用			
指導方法	手順書・口頭・デモ機・動画・薬剤師による実演・患者による実地		

〈連絡事項〉

- 指導の結果問題なし
 吸入手技に問題があるが指導で対応可
 吸入手技に問題があるため別製剤に変更を推奨（問題となる手技 _____）
 推奨する別製剤 (_____)
 副作用症状 【有・無】
 口腔内異常（あれ・カンジダ症・味覚症状）・口渇・声がれ・振戦・動悸・排尿障害
 その他 (_____)

〈薬剤師から医師へ（特記事項など）〉 _____	〈病院薬剤師記入欄〉 担当薬剤師 _____
---------------------------------	------------------------------