神奈川県立循環器呼吸器病センター　薬剤科　宛 報告日：　　　　年　　　月　　　日

**FAX:神奈川県立循環器呼吸器病センター　０４５-７８０-１４２６**

**<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）：□ 男　□ 女　　　　 診療科： | 保険薬局（名称・所在地） |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を□得た。　　□得ていない。 □患者は主治医への報告を拒否してますが、治療上重要だと思われるため報告します。 | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：　 |

**【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＞　【〇できる　　△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＞　【〇できる　　△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 |

情報提供ありがとうございました。

（神奈川県立循環器呼吸器病センター 薬剤科 2021.5）