吸入薬指導用提供文書

福岡東医療センター

　　担当医　　　　　　　　科　　　　　　　　御侍史

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　情報提供元保険薬局　　薬局名：○○薬局

　　　　電　話：○○○-○○○-○○○○　　　　　　　ＦＡＸ：○○○-○○○-○○○○

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告薬剤師氏名：

|  |
| --- |
| 患者ID  患者氏名  　　　性別（　男　・　女　）　生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　　歳）  　　　住　　所：  　　　電話番号： |

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日　　令和　　年　　月　　日 | 調剤日　　令和　　年　　月　　日 |
| １　指導した薬剤名・用法・用量  　　　薬剤名：　　　　　　　　　　　　　、　1日　　　回、　１回　　　吸入  　　　服用時間：　　　　　　　　　（なるべく同じ時間帯に吸入してください） | |
| ２　指導の内容  　　　□吸入薬の器具への取り付け方法　　　　　□吸入前にするべき操作  　　　□練習用器具を用いて吸入方法の指導  　　　□吸入後にするべき操作（吸入口をティッシュペーパーで拭いてください）  　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ３　副作用防止対策  　　　□口腔内カンジダ症や嗄声の予防のために、吸入後にうがいを行ってください。  　　　□うがいはできれば2回（ｸﾞｼﾞｭｸﾞｼﾞｭ・ｶﾞﾗｶﾞﾗ）行うと効果的です。  　　　□まれに全身症状が現われることがありますので、異常を感じたらご連絡してください。 | |
| ４　その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）  　　　　□開封後は特別な理由が無い限り使いきってください。  　　　　□保存は高温多湿を避けて、室温で保管してください。  　　　　□小さい子供さん等の手の届かない場所に保管しておいてください。  　　　　□薬が残った場合は保管しないで廃棄してください。  　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

(文書の流れ）院外薬局→福岡東医療センター薬剤部→主治医→医事課（外来係）→ICファイル

(手順）

院外薬局は、この文書を作成後、速やかに「福岡東医療センター薬剤部」へFAXする。

原本は翌月初旬にまとめて「福岡東医療センター薬剤部」宛に郵送する。