

# 吸入指導依頼書

(処方せんと一緒に保険薬局に提出して下さい)

医療機関名.....診療科名.....担当医師.....

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、有効な治療効果が得られます。そのため、当院では、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吸入指導依頼書を保険薬局に提出すると、吸入指導を受けることができます。保険薬局での指導内容は、当院へ FAX にて返信され、次回以降の診療に反映されます。なお、服薬情報提供料として、保険種別に応じて、月 1 回、20～60 円程度を保険薬局にてご負担をいただきます。

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。提供された個人情報個人が特定できないように匿名化し、吸入連携をより良いものにするために使用致します。

該当する項目にチェックを入れて下さい。

【病名】  喘息  慢性閉塞性肺疾患 (COPD)  その他 ( )

【吸入指導回数】  初回  継続

【重点指導項目】  吸入手技  薬効説明  吸入治療の重要性  
 その他 ( )

## 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。

平成 年 月 日

署名 ..... (本人でない場合の続柄: )

保険薬局の方へ：吸入指導評価表が必要な場合は、国立病院機構宇都宮病院ホームページの薬剤部からダウンロードして使用して下さい。トップページ→各部門のご案内→薬剤部

TEL:028-673-2111 (代) FAX:028-673-2125