

吸入服薬指導同意書

ID ○○○○○○○○ (@PATIENTID)

患者氏名 ○○ ○○ (@PATIENTNAME) 様

生年月日 平成○年○月○日 (PATIENTBIRTH)

○○○○/○/○ 以下の通り説明しました。(@SYSDATE・@SYSTEMTIME)

横浜労災病院 説明医師： ○○ ○○ (@USERNAME) 印

同席確認者： ○○ ○○ 印

吸入開始日：平成○年○月○日

気管支喘息と慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、COPD）は、慢性の呼吸器の病気であり、治療を長期にわたって続けていくことが必要な病気です。気管支喘息と慢性閉塞性肺疾患のおくすりによる治療は、現在、吸入治療が主体となっています。吸入治療の効果を十分に引き出すためには、正しい知識と吸入方法を身につける必要があります。そこで、患者さんが正しい吸入の方法を身につけて、それを継続して頂くことを支援していく目的で、当院では院外の保険調剤薬局と連携した吸入指導を皆さんに受けて頂くことをおすすめしています。

吸入指導をご希望の患者さんは、担当医師が作成した指導依頼書1枚（記入済みのもの）、当用紙（同意書）、院外処方箋を直接保険調剤薬局にお持ちになってください。吸入指導の内容は、保険調剤薬局から当院に報告され、今後の診療に活かされることとなります。なお、同意されない場合でも保険調剤薬局からの吸入指導は受けることができます。

- 当院から吸入指導を依頼するにあたり、患者さんの個人情報を保険調剤薬局に提供することになりますが、このことにより薬剤師からより適切な吸入指導を受けて頂くことが可能となります。
- 吸入指導に関する情報は、個人が特定されない方法で管理（匿名化）されることで、吸入連携指導の発展のための研究資料として用いられる場合があります。
- 吸入指導を受けるにあたり、服薬情報等提供料として、月1回60円（3割負担の方）の費用を保険調剤薬局にて負担して頂くこととなります。

以上の説明を受け、理解した上で、説明を受ける事に

同意します。

同意しません。

平成 年 月 日 時 分

患者氏名（代理人氏名）

続柄

同席者

続柄

（自署の場合は捺印不要）