

吸入服薬指導情報提供書・依頼書

横浜労災病院

担当医師名 ○○ ○○ (@USERNAME) 印

- ◆ 患者 ID ○○○○○○○○ (@PATIENTID)
- ◆ 同意取得 有 平成 年 月 日
無

- ◆ 病名 気管支喘息 アレルギー性鼻炎
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
その他 _____
- ◆ 指導対象者 ご本人 ご家族 介護関係者 知人
- ◆ 指導回数 初回指導
継続指導 (回目)
処方変更 あり なし
再指導 (指導中断あるいは終了後の)
- ◆ 処方パターン 定期吸入
SMART 療法
発作時 SABA __吸入 (リリーバー)
労作前 SABA __吸入 (アシストユース)
発作時 経口ステロイド処方
感染増悪時 抗菌薬処方
スプレーサー使用あり
その他 _____
- ◆ 指導依頼項目 吸入手技
薬の効果の説明
吸入療法の重要性
副作用の説明
- ◆ 医師からの連絡事項
