

2019年7月4日

朝霞地区薬剤師会様
調剤薬局様 御中

吸入指導依頼箋の発行について

平素より大変お世話になっております。

この度、埼玉県北部を中心に行われている埼玉吸入療法サポートネットワークに準じ、国立病院機構埼玉病院においても、吸入指導依頼箋を発行することとなりましたのでお知らせ致します。

具体的な手順、発行される文書については、添付資料をご覧ください。
運用開始時期は8月上旬を予定しております。

以下の点について、事前準備をお願い致します。

1. 吸入トレーナー、吸入練習キットのご準備(吸入指導依頼箋に記載の薬品が当院採用薬です)
2. 「吸入手順評価票」、「ピットフォール確認票」は調剤薬局様で、埼玉吸入療法サポートネットワークのホームページより印刷して使用して頂く必要があります。事前にホームページのご確認をお願い致します。

吸入指導依頼箋、吸入手順連絡票については、7月の電子カルテ委員会で審議・承認されるため、様式が若干変更される可能性がありますので、実際に発行された依頼箋、連絡票をご確認下さい。依頼箋に基づき、連絡票を当院宛てにFAX頂くことで、「服薬情報等提供料1」が算定できます。

尚、9月上旬に朝霞地区薬剤師会と共催の研修会を企画しておりますので、是非ご参加頂きますようお願い致します。併せて、埼玉吸入療法サポートネットワークの吸入マイスターの積極的な取得をお願い致します。

ご理解・ご協力の程、よろしくお願い致します。

独立行政法人国立病院機構 埼玉病院 薬剤部
(問い合わせ先)TEL : 048-462-1101(代表) 樋口 悦加、龍島 靖明

フリガナ: サンプル ハナコ

氏名: サンプル 華子 様

生年月日: ****年(昭和**年)**月**日 (**)歳

性別: 女

こちらの依頼箋を受け取られた保険薬局は、患者さんに吸入指導を実施・評価し、添付の吸入指導連絡票に記載の上、FAXで返信をお願い致します。

吸入指導依頼箋

依頼日 医師

施設 独立行政法人 国立病院機構埼玉病院

電話番号 048-462-1101

FAX番号 048-462-1268

<指導薬剤>

★ドライパウダー

- | | |
|--|--|
| ●タービュヘイラー(<input type="checkbox"/> シムピコート ・ <input type="checkbox"/> パルミコート) | ●エリプタ(<input type="checkbox"/> レルベア ・ <input type="checkbox"/> アノーロ) |
| ●ブリーズヘラー(<input type="checkbox"/> オンプレス ・ <input type="checkbox"/> シーブリ ・ <input type="checkbox"/> ウルティプロ) | ●ハンディヘラー(<input type="checkbox"/> スピリーバ) |
| ●ディスクス(<input type="checkbox"/> アドエア ・ <input type="checkbox"/> フルタイト [®] ・ <input type="checkbox"/> セレベント) | ●スイングヘラー(<input type="checkbox"/> メプチン) |

★エアゾール/ソフトミスト

- 定量噴霧式吸入器(フルティフォーム ・ アドエア ・ オルベスコ ・ フルタイト[®] ・ キュハール ・ メプチン)
- レスピマツ(スピリーバ[®] ・ スピオルト)

 その他(薬剤名:)

吸入補助器具あり

 <指導回数> 初回 継続指導 <疾患> 喘息 COPD その他()

<指導の依頼内容>

 吸入手技 薬効説明 継続の必要性 発作時の対応 喘息: SMART 療法 追加吸入としては1日 回まで その他()

<付記すべき事柄>

以下のことを御説明・確認しました。吸入指導を宜しくお願い申し上げます。

【患者さんへ】

吸入薬の吸入法は意外に難しく、また適切に吸入できませんと治療効果がありません。吸入薬を受け取られる患者さんには、初めての方は必ず、ご使用中の方でも定期的に薬剤師から吸入指導を受けていただくようお願いさせていただきます。

この書面により、診療医師から薬局薬剤師に、貴方への「吸入指導」を依頼すると共に、「病名や治療に関する情報」を伝えます。薬剤師が貴方の診療情報を把握することにより、お薬の使い方や安全性等について、適切な助言が可能となります。なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1 割負担 30 円、2 割負担 60 円、3 割負担 90 円を保険薬局でご負担いただきます。何卒御了承ください。

フリガナ: サンプル ハナコ

氏名: サンプル 華子 様

生年月日: ****年(昭和**年)**月**日 (***)歳

性別: 女

吸入指導連絡票

宛先 医師

指導日

保険薬局名

担当薬剤師名

方法

- デバイス毎に下記項目の吸入手技を評価してください。 評価方法 : ○適切 △不適切 ×全くできない
- 「埼玉吸入療法サポートネットワーク」のHPにある手順票・必要に応じピットフォール票を参照し、吸入トレーナー等を用いて、患者さんに実際に操作をさせて評価してください。
- 備考欄には、評価の内容及び伝達事項をご記載ください。
- 指導前後の計2回評価: (初回)指導→実演(評価1回目)→修正指導→実演(評価2回目)
(継続)実演(評価1回目)→必要があれば修正指導→実演(評価2回目)

吸入薬の名称 ※複数併用している場合には、全ての吸入剤を列記して下さい	ドライパウダー 名称: []		エアゾール/ソフトミスト 名称: []		その他吸入薬 名称: []	
	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目
①準備						
②息吐き						
③吸気に合わせ押す:同調	評価対象外					
④ゆっくり深く吸う	評価対象外					
⑤速く深く吸う			評価対象外			
⑥息止め(約5秒)						
⑦指導継続の必要性 (あり or なし)						

備考:

ご記載の上、国立病院機構 埼玉病院宛て(048-462-1268)にFAXをお願い致します。

連携フロー図(国立埼玉病院版)

③ **連絡票**を記載し
FAXで医師に返信
します。
(薬の変更が必要
なときは電話)



連絡票



医師

① 医師が地域保険薬局との吸入療法における連携についてインフォームドコンセントを得て、**指導依頼箋**と**連絡票**を処方箋と共に発行します。



処方箋

依頼箋 + 連絡票



薬剤師

② 処方箋を受け取った薬局が、**吸入手順評価票**を元に吸入指導を実践します。
(継続指導時・うまくできないときは**ピットフォール確認票**も利用)

吸入手順評価票

ピットフォール確認票



患者さん

この流れによって、薬剤師の目から見た評価が医師にフィードバックされ、患者の吸入薬物治療に貢献できます。

吸入手順評価票、ピットフォール確認票は
埼玉吸入療法サポートネットワークのHPをご参照ください。