

本書式を誤って受け取られた際は、お手数ですが送信者までその旨をお知らせ頂くとともに、適正に廃棄して頂きますようお願い申し上げます。

## 服薬情報提供書(トレーシングレポート):吸入指導

処方医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

処方箋交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険薬局 名称・所在地
患者氏名: _____	TEL
患者ID: _____	メールアドレス
患者の同意 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 未取得 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否しているが、治療上重要と考えるための報告	担当薬剤師名

処方せんに基づき調剤を行い、調剤交付いたしました。

吸入薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 算定要件に関する情報提供

【使用薬剤・用法用量】	
【指導歴】 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降 前回指導日(            ) 前回指導薬剤(            )	【指導内容】 . . . .
【到達目標達成度】 (1.できる 2.ほぼできる 3.ほぼできない 4.できない) <input type="checkbox"/> 初回操作ができる (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 日常的に正しい手技で行うことができる (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 用法、吸入回数の把握(コンプライアンスは保たれている) (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> むせずに吸入することができる (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 吸入デバイスに合わせた力で吸うことができる (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 息止めができる (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> デバイスの交換時期を把握している (1・2・3・4)	
【課題点】 <input type="checkbox"/> コンプライアンス、アドヒアランス不良 <input type="checkbox"/> 有害事象、副作用 <input type="checkbox"/> 手技困難、吸気不足 <input type="checkbox"/> その他	
【薬剤師からの情報共有】患者情報で伝達が必要と思う事	
使用継続に関して不安 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	