大阪大学医学部附属病院　薬剤部　　報告日　　年　　月　　日

服薬情報提供書・変更調剤報告書専用FAX 06-6879-5988

【吸入指導報告書】「初回用」

処方医　　科 先生	保険薬局　名称（住所・電話番号・FAX番号）
患者番号： 患者氏名：　　様 年齢：　　性別：	TEL:　　FAX: 担当薬剤師名：

【薬剤名】

1回目の吸入指導　　：1回目　　年　　月　　日

①1回目の吸入指導

【指導対象】　☐ 本人に指導した　☐ 本人以外に説明した　☐ その他〔　　〕

【指導方法】　☐ 練習器/実薬で指導した　☐ 口頭で指導した　☐ その他〔　　〕

【評価】

☐ 問題なく吸入可能　　☐ 介助があれば吸入可能〔介助者：　　〕

☐ 何度か練習すれば自分で吸入可能　　☐ スペーサーがあれば吸入可能

☐ **吸入困難です（他剤デバイスへの変更をご考慮ください）[代替案：　　]**

＜備考＞

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊薬局への回答欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

☐内容を確認し、処方医に報告しました。

☐その他（　　）

記入日：　　年　月　日　記入者：

第一版　2023年3月30日