

吸入器を使用される患者さまへ

保険薬局
保管用

必ず薬剤師に渡してください

吸入薬は、中の薬をきちんと吸うことが大切です。
定期的に薬剤師の先生に
吸入方法をチェックしてもらいましょう。

薬剤師の先生へ

より良い吸入指導と連携のためにご協力をお願いします。
☆吸入指導をお願いします。

初回使用の場合は説明した後に、一度操作を行ってもらいチェックしてください。

- ① まず患者さん自身に吸入器を使用してもらってください。
- ② 裏面のチェック項目にチェックしてください。
- ③ 結果を踏まえ、吸入指導をお願いします。
- ④ 結果を当院までFAXしていただくようお願いいたします。

* 吸入指導ができなかった場合もFAXしていただくようお願いいたします。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

【患者さまへ】

- ・あなたが、これから行う(現在行っている)吸入療法において、吸入手技・操作は治療効果に大きく影響するため、正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。
- ・この書面により医師から保険薬局薬剤師に、あなたの治療に関する情報をお伝えします。
- ・薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。
- ・吸入薬指導加算として、保険種別に応じて30円～90円を、3か月に1回保険薬局にてご負担いただきます。

【同意書】

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で吸入指導を受けることに同意します。

令和 ____年 ____月 ____日

署名 _____ (本人でない場合の続柄: _____)

吸入連携への参加に伴い収集された個人情報は個人が特定できないように匿名化し吸入連携をより良いものにするために使用する場合があります。また、ご不明な点等ありましたら主治医にご相談ください。

※署名後に、指導箋と一緒に患者さんにお渡しください
名古屋南部統一吸入指導箋【表紙・同意書① 保険薬局控え】

吸入器を使用される患者さまへ

医療機関
保管用

必ず薬剤師に渡してください

吸入薬は、中の薬をきちんと吸うことが大切です。
定期的に薬剤師の先生に
吸入方法をチェックしてもらいましょう。

薬剤師の先生へ

より良い吸入指導と連携のためにご協力をお願いします。
☆吸入指導をお願いします。

初回使用の場合は説明した後に、一度操作を行ってもらいチェックしてください。

- ① まず患者さん自身吸入器を使用してもらってください。
- ② 裏面のチェック項目にチェックしてください。
- ③ 結果を踏まえ、吸入指導をお願いします。
- ④ 結果を当院までFAXしていただくようお願いいたします。

* 吸入指導ができなかった場合もFAXしていただくようお願いいたします。

FAX送付先 JCHO中京病院 地域医療連携・相談室 052-691-6053

【患者さまへ】

- ・あなたが、これから行う(現在行っている)吸入療法において、吸入手技・操作は治療効果に大きく影響するため、正確で安全な吸入方法を習得する必要があります。
- ・この書面により医師から保険薬局薬剤師に、あなたの治療に関する情報をお伝えします。
- ・薬剤師にあなたの診療情報を伝えることにより、吸入薬の使い方や注意点について、よりきめ細やかな指導が受けられ、有効で安全な吸入治療が可能になります。
- ・吸入薬指導加算として、保険種別に応じて30円～90円を、3か月に1回保険薬局にてご負担いただきます。

【同意書】

私は、上記の内容について担当医師より説明を受け、十分に理解した上で吸入指導を受けることに同意します。

令和 ____年 ____月 ____日

署名 _____ (本人でない場合の続柄: _____)

吸入連携への参加に伴い収集された個人情報は個人が特定できないように匿名化し吸入連携をより良いものにするために使用する場合があります。また、ご不明な点等ありましたら主治医にご相談ください。