FAX：山口赤十字病院　薬剤部083-923-8901

報告日：　　　年　　　月　　　日

綜合病院　山口赤十字病院

服薬情報提供書

吸入支援

（トレーシング・レポート）

 　 科　 　　　　　医師　御机下

患者氏名：

生年月日：

患者ID　：

記載保険薬局名：　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　FAX:

担当薬剤師名　：

患者からの同意：□得た、□得ていない（　　　　　　　　　　　）

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

＜報告内容＞

・説明方法（複数回答可）

　　　□口頭指導　　　□使用説明書　　　□動画　　　□薬剤師による実演

　　　□患者さんによる吸入実施（トレーナー使用も含む）　　　□その他（　　　　　　　　）

・吸入状況

　　□問題なく吸入可能　　□介助により吸入可能　　□補助器具により吸入可能

・情報提供（吸入手技等の総合評価、副作用の発現等）

※レポートの送信後、点線以下の項目は切り取り、お薬手帳へ貼付して御活用ください。

・吸入手技の評価　　　　　患者名　　　　　　　　　　保険薬局　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　評価方法　　〇：できる　　△：再度確認が必要　　×：できない　　※　△、×の場合は備考欄に理由を記載してください。

