

## 吸入指導連絡書

あなたに処方されている吸入薬は、正確で安全な吸入方法を習得することで、良好な治療効果が得られます。そのため、当薬局は石川県立中央病院と連携して、あなたの吸入療法を支援する取り組みを行っています。本日の薬局での指導内容は、石川県立中央病院に送信され、次回の診療に反映されます。なお、薬剤服用歴管理指導料として、保険金額30～90円を保険薬局にてご負担いただく場合があります。保険薬局が吸入療法を支援するにあたり、保険薬局の薬剤師から担当医師に、あなたの指導情報等が伝えられます。提供された個人情報は、個人が特定できないよう匿名化し、あなたの吸入療法をより良いものにするためにのみ使用します。

### 患者様同意確認

私は、上記の内容について担当薬剤師として患者様に説明をし、十分に理解いただいております。

年 月 日

署名：

薬剤名：

#### 〈医師への連絡事項〉

吸入手技 アドヒアランス 残薬 副作用 その他

コメント

処方日： 年 月 日

処方医：

患者様 氏名： (ID: )

保険薬局名、保険薬剤師氏名：

TEL (FAX) 番号：