

# 服薬情報提供書

発行日：平成 年 月 日

処方せん発行：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター アレルギー内科

患者ID： \_\_\_\_\_

主治医： \_\_\_\_\_

## 【医療機関】

喘息ステップ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 特記( )

吸入薬 ( )

吸入ステロイド薬 はじめて ・ 処方薬変更 ・ 継続中

- 情報提供書の返信に患者同意済み
- 外来吸入指導実施済み（チェックシート添付）[チェック時 4、5 は記入不要]
- 保険薬局にて吸入指導実施希望

## 【保険薬局】

記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

### 1. 薬の受け取り

本人 ・ 本人以外 ( )

### 2. 患者様の服薬状況について

- 医師の指示通り服薬している
- 特記有( )

3. 残薬状況について なし ・ 少しあり ・ 多量にあり  
特記 ( )

4. 薬局での吸入指導 初回 ・ 2回目以降(前回より 日あいている)

### 5. 吸入指導の様子

- 問題なし
- 不安なし、次回再度確認を行う
- 特記あり( )

### 6. 患者様の質問・不安など（できれば詳細に）

- 特になし
- 病気について
- 治療内容について
- 用法用量について
- その他( )

### 7. その他医療機関への伝達事項

服薬情報提供元施設名： \_\_\_\_\_ 薬剤師名： \_\_\_\_\_

FAX でご返信ください： 072-957-8051 (地域連携室)