

吸入指導専用トレーシングレポート

報告日：	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師名	
処方医	科	
	先生	
患者 ID :		
患者氏名：	様	
生年月日：		

下記を報告します。

- ・対応場面 薬剤交付時 患者からの相談 その他 ()
- ・対応相手 患者本人 患者家族 その他 ()
- ・患者同意 情報提供に関して同意を得た 同意を得てないが、治療上必要と判断し報告

対象薬剤：

確認項目	評価	具体的な問題点・指導内容
1. 吸入準備	良好・不備	
2. 呼気(吐き出し)	良好・不備	
3. 吸気(吸い込み)	良好・不備	
4. 止息(息止め)	良好・不備	
5. うがい	良好・不備	

【アドヒアランス・症状】

使用状況： 良好 不規則(週 回) 中断 / 残薬調整： 無 有(日分)

副作用： 無 有(内容：)

【薬剤師による対応内容・医師への処方提案】

<注意> 緊急性のある情報は処方医へ電話にて報告をお願いします。

上記内容ご記入後 FAX : 098-875-7197 薬剤部宛てへ送信下さい。