

吸入治療連絡せん(医師・薬剤師記入欄)

診療番号				
氏名				様
生年月日	年	月	日	性別 M F

吸入治療にあたっては患者さまの病氣やくすりに対する正しい理解が最も大切です。定期的に通院し、日頃の状態を医師にきちんと伝えましょう。気になる事があれば何でも医師や薬剤師にお訪ね下さい。吸入治療連絡せんは、患者さまと医療機関、調剤薬局の間を結ぶものです。大切に保管し、次回のご訪問時に、医師や薬剤師にお見せ下さい。

医師記入欄

薬剤師記入欄

記入日	年	月	日
医師名			
医療機関名			
連絡先			
依頼内容			
<input type="checkbox"/> 吸入導入 <input type="checkbox"/> 治療変更 <input type="checkbox"/> 吸入再確認 <input type="checkbox"/> PEF 指導 <input type="checkbox"/> 喘息日記指導			
吸入薬剤名	用法用量		
	1回	吸入	1日 回
	1回	吸入	1日 回
	1回	吸入	1日 回

記入日	年	月	日
薬剤師名			
薬局名			
連絡先			
指導内容			
1.吸入補助具	無	有	
2.器具の操作	A	B	
3.吸入速度	A	B	
4.吸入前の息吐出し	A	B	
5.胸いっぱい吸入	A	B	
6.息止め(10秒間)	A	B	
7.うがい	A	B	
8.治療薬について	A	B	
9.コンプライアンス	A	B	
10.PEFメーター操作	A	B	
11.喘息日記	A	B	
12.生活指導			

依頼内容や発作時の指示はできるだけ具体的にお書き下さい

発作のおきた時、またはピークフロー(PEF)値が自己最良値() (L/min) または標準値() (L/min) の 80%未満であった場合、吸入 β_2 刺激気管支拡張剤を 1 回 2 吸入、20 分毎に繰り返して吸入し、4 回(合計 8 吸入)した後に、再度 PEF 値を測定し値が、
PEF() (L/min)(80%以上) 経時的に PEF を測定し、経過観察。
PEF() (L/min)(80%未満) ~ PEF() (L/min)(60%以上) プレドニゾロン(0.5mg/kg)() 錠を内服し受診。
PEF() (L/min)(60%未満) できるだけ速やかに救急医療機関を受診。

この用紙は、医療機関や調剤薬局の待合室等に置いて頂き、診察前、お薬をお渡しする前に患者さまに記入して頂いて下さい。医師から調剤薬局に対して、患者さまの服薬指導のご要望があれば、依頼内容を具体的にご記入の上、薬剤師にお見せ下さるようにお話して、患者さまにお預け下さい。喘息日記を用いた総合的な喘息吸入治療管理は、医療機関に対して要件付きで保険適応されています。喘息日記を導入される場合には、ピークフローメーターは医療機関にてご支給下さい。薬剤師記入欄の指導内容の A は問題なし、B は要練習または要観察です。調剤薬局においては、患者さまに対する指導内容、問題点などを具体的にご記入の上、次回診察時に医師にお見せ下さるようにお話して、患者さまにお預け下さい。

この吸入治療連絡せんは、患者さまを中心に、医療機関と調剤薬局の間に治療に必要な情報の交換を行い、安全かつ有効、適正な医療を提供することを目的として、「つるまい薬薬連携協議会」が作成しました。ご不明な点は事務局までお問い合わせ下さい。連絡先：名古屋大学医学部附属病院薬剤部薬品情報室 TEL:052-744-2680,FAX:052-744-2685.

吸入治療連絡せん(患者さまご記入欄)

患者さまご記入欄

記入日	年	月	日
お名前(ご本人でない場合は続柄も)			
連絡先電話番号			
1. 夜間症状(夜間に息苦しくて目を覚ます)			
<input type="checkbox"/> まったくなし(a) <input type="checkbox"/> たまにあり(月 1~2 回程度) (b) <input type="checkbox"/> 時々あり(月 2 回以上) (c) <input type="checkbox"/> たびたびあり(週 1 回以上) (d) <input type="checkbox"/> ほとんどいつも(e) <input type="checkbox"/> 眠れなかった(e)			
2. 日常生活の状態(日常生活の中の支障)			
<input type="checkbox"/> まったく支障なし(a) <input type="checkbox"/> ほとんど支障なし(b) <input type="checkbox"/> 少し支障あり(b) <input type="checkbox"/> ときどき支障あり(月 1 回以上) (c) <input type="checkbox"/> たびたび支障あり(週 1 回以上) (d) <input type="checkbox"/> 非常に支障あり(e) <input type="checkbox"/> まったくできない(e)			
3. ぜんそく症状(ゼーゼーヒューヒュー息切れ)			
<input type="checkbox"/> まったくなし(a) <input type="checkbox"/> 週 1 回未満(毎週ではない) (b) <input type="checkbox"/> 週 1 回以上(毎日ではない) (c) <input type="checkbox"/> 症状が毎日ある(持続しない) (d) <input type="checkbox"/> 症状が毎日ある(1 日中続く) (e)			
4. 呼吸困難			
<input type="checkbox"/> まったくなし(a) <input type="checkbox"/> 持続しない(b) <input type="checkbox"/> 時に出現、持続は短い(c) <input type="checkbox"/> たびたびあり、持続する(d) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日あり、持続する(e)			
5. 即効性の気管支拡張薬の吸入(1 吸入=1 回)			
<input type="checkbox"/> 吸入なし <input type="checkbox"/> 1 日 1~2 回 <input type="checkbox"/> 1 日 3~4 回 <input type="checkbox"/> 1 日 5~8 回 <input type="checkbox"/> 1 日 9~12 回 <input type="checkbox"/> 1 日 13~16 回 <input type="checkbox"/> 1 日 17 回以上 ご使用になった吸入薬の名前			

喘息の症状判定と吸入量($\mu\text{g}/\text{日}$)の目安(括弧内は小児用量)				
アンケート	b だけ	c	d	e
重症度	軽症 間欠型	軽症 持続型	中等症 持続型	重症 持続型
フルタイド	~100	100~200 (50~100)	200~400 (100~200)	400~800 (200~400)
オルベスコ	~100	100~200	200~400	400~800
キューバル	~100	100~200 (50~100)	200~400 (100~200)	400~800 (200~400)
パルミコート (小児用吸入液)	~200	200~400 (250)	400~800 (500)	800~1600 (1000)
アドエア (ステロイド β_2 配合剤)	—	200 —	500 (100~200)	1000 (200)
シムビコート	—	320	640	1280

上記の数値は、厚生省免疫・アレルギー研究班喘息予防・管理ガイドライン 2007 や日本小児アレルギー学会小児気管支喘息治療・管理ガイドライン：2008 年改訂版に基づく、喘息の重症度別吸入薬投与量の目安です。実際の治療における投与量に関しては、医師にご相談下さい。

このアンケートは、診察の待ち時間、薬局でお薬を受け取る待ち時間などを利用してご記入下さい。ご記入いただいたアンケートは、医師もしくは薬剤師にお見せ下さい。ごく簡単な質問ですので、普段のご自分の生活の様子をお書き下さい。ぜんそく治療においては、患者さまの発作以外の状態を知ることも非常に重要です。このアンケートを拝見することで、医師や薬剤師は、ぜんそく症状の状況を、的確に把握することが出来ます。また、毎回書いて頂くことにより、経時的に観察することが出来、ぜんそくの治療管理において大変参考になります。必要な場合には、医療機関や薬局で複写し保存させて頂く場合もあります。その場合には、ご記入頂いた内容を、患者さまの治療以外の目的で使用することはありません。

疑問な点がありましたら、遠慮なく医師または薬剤師にお訪ね下さい。

6. その他気になることがあれば何でもお書きください。