

FAX 076-237-5104

石川県立中央病院 呼吸器内科 医師

宛

B

吸入指導評価表

患者氏名: (ID:)

指導日: 年 月 日

〈医師への連絡事項〉

評価

※ 手技に関して 指導結果の詳細は吸入手順書(C)に記載

良好 不良 継続指導の必要性 無 有

コメント

※ 用法用量、薬効、治療への理解

良好 不良 継続指導の必要性 無 有

コメント

その他連絡事項

コメント

総合評価 良好 不良 継続指導の必要性 無 有 その他()

保険薬局名、担当薬剤師名:

TEL (FAX)番号: