

【送付先】

公立西知多総合病院 薬薬連携用薬剤科 FAX

FAX 0562-33-5619

吸入薬指導指示の依頼

年 月 日

公立西知多総合病院

診療科：

担当医：

薬局名

TEL

FAX

担当者

患者 I D

患者氏名 様

生年月日 年 月 日

上記患者様の吸入薬指導指示を下記の理由にて依頼します。