○○クリニック

○○先生

○○薬局

吸入指導報告書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ患者名 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　　　年　　　月　　　日 |
| 実施日 |  |
| 指導者 |  |

●初回・継続指導（　回目）



【手技の確認】　評価方法　　○：できる　✕：できない



●アドヒアランスの評価

 【連絡事項】