

Fax 番号 : 0 5 2 - 9 9 1 - 8 2 0 7

薬局 () 薬剤師 ()

以下の項目において行った項目の□に☑を記載してください。

注) Grade 判定は皮膚障害アセスメントツール・皮膚障害対策シートを利用してください

(良好、不十分、不良)

(保湿、保清、保護、その他 ())

(回数、塗る量、場所、順番、その他 ())

※この用紙は疑義照会の有無に関わらず名古屋市立西部医療センターまで必ず Fax したのち、破棄してください。