

[治療期間] (勾選形式)



我想問的問題是	醫師的回答
<input type="checkbox"/> 我目前有固定使用吸入型的肺阻塞治療藥物，有哪些注意事項？	
<input type="checkbox"/> 我最近出現 _____ 的狀況，和治療或用藥有關係嗎？(如:嘴巴破洞、心悸、手抖、容易疲倦、睡不好…等)	
<input type="checkbox"/> 除了使用治療肺阻塞的藥物，還有哪些治療方式或輔助治療方式？	
<input type="checkbox"/> 我需要調整生活習慣或在日常生活需要注意哪些事項？(如調整飲食、體重控制、規律運動、戒菸、居家環境…等)	
<input type="checkbox"/> 我有需要準備那些居家照護使用的醫療器材嗎？會有什麼幫助？有哪些注意事項？	
<input type="checkbox"/> 以我目前的狀況，在肺阻塞治療期間或日常生活有那些症狀是要特別注意的呢？	
<input type="checkbox"/> 我平常需要做哪些自我評估了解肺阻塞的疾病控制狀況？如何做？	

[其他問題] (由病人自行填寫)

我想問的問題是	醫師的回答
我還有其他的問題想問醫師？	