



# 麻省成年人哮喘护理卡

红区

黄区

绿区

## 我目前服用的所有医药

(包括与哮喘无关的处方药)

医药	原因	剂量

过敏:

您的个人最佳峰值流量:

医生/护士: 电话:

紧急联系人: 电话:

地址:

姓名: 出生日期: