




姓名：_____

填表日期：_____

初級保健提供者 (PCP)：_____

過敏物：_____

藥物名稱和濃度	時間及數量				療效如何？		
					您		提供者回應
為什麼服用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注：   		
	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週		<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 按需要				
為什麼服用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注：   		
	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週		<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 按需要				
為什麼服用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注：   		
	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週		<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 按需要				
為什麼服用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注：   		
	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 每週		<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 按需要				

其他注釋：