

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		
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：

© 2015 CareOregon. 保留所有權利

如果本表與您的醫生或藥劑師給您的用藥說明不符，請告知您的醫生。