

藥物管理表

病人姓名： _____ 生日： _____
 本地藥房名稱： _____ 藥房電話： _____
 本地藥房地址： _____
 郵購公司名稱： _____ 公司電話： _____

藥物名稱 原廠或副廠	劑量 (單位：毫克、劑、滴)	何時服用？ 每天幾次？ 早上或晚上？ 吃飯時服用？	為何服用？	開始日期	停止日期	需要觀察 (例如：每 _____ 週做一次檢驗)	誰開的處方	副作用 / 危險徵兆

成藥 (經常檢查您家人所服用的藥物)

- | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抗過敏藥 | <input type="checkbox"/> 感冒藥 / 咳嗽藥 | <input type="checkbox"/> 瀉藥 |
| <input type="checkbox"/> 制酸劑 (胃藥) | <input type="checkbox"/> 減肥藥 | <input type="checkbox"/> 安眠藥 |
| <input type="checkbox"/> 阿斯匹靈 / 其他止痛藥、退燒藥 | <input type="checkbox"/> 草本藥物、膳食補充品 | <input type="checkbox"/> 維他命、礦物質 |

其他 (詳列於下) :