







Tên: _____ Dị ứng: _____ Nhà thuốc ưu tiên: _____ Liên hệ khẩn cấp: _____

Tôi dùng những loại thuốc này thường xuyên, nhưng không phải hàng ngày						
Tên (biệt dược và thuốc generic)	Hàm lượng thuốc	Tôi dùng thuốc này để điều trị	Thời điểm, cách thức và liều lượng thuốc tôi dùng			
			 Buổi sáng/ Bữa sáng	 Buổi chiều/ Bữa trưa	 Buổi tối/ Bữa tối	 Ban đêm/ Lúc đi ngủ