

Danh Sách Thuốc Dùng Tại Nhà

Quý vị hãy mang theo danh sách này đến tất cả các buổi hẹn thăm khám và lần thăm khám tại bệnh viện.





| | | |
|--|---------------------|---|
| Tên | Ngày sinh | Số điện thoại |
| Người liên hệ trong trường hợp khẩn cấp | Mối quan hệ với tôi | Số điện thoại liên hệ trong trường hợp khẩn cấp |
| Nhà thuốc _____ | | Số điện thoại của nhà thuốc _____ |
| Nhà thuốc _____ | | Số điện thoại của nhà thuốc _____ |
| Tình trạng dị ứng hoặc vấn đề khi dùng thuốc <i>*Thêm trang khác nếu cần</i> | | |
| Tên thuốc _____ | | Triệu chứng xảy ra khi tôi dùng thuốc _____ |
| Tên thuốc _____ | | Triệu chứng xảy ra khi tôi dùng thuốc _____ |
| Tên thuốc _____ | | Triệu chứng xảy ra khi tôi dùng thuốc _____ |

Hãy viết tên các loại thuốc, thuốc dạng kem/thuốc mỡ, vitamin, thực phẩm chức năng và/hoặc sản phẩm cannabidiol (CBD) mà quý vị đang dùng vào các ô dưới đây.

| Tên thuốc/hàm lượng/liều lượng (Ví dụ: Metoprolol 25 MG 1 viên nén; Tylenol 500 MG, 1 viên nén) | Thời gian dùng thuốc | | | | Ngày dùng thuốc (Ví dụ: Hằng ngày/ T2, T4, T6/Chỉ dùng khi cần) | Lý do dùng thuốc (Ví dụ: Huyết áp) | Người yêu cầu quý vị dùng thuốc (Ví dụ: Bác sĩ Smith kê đơn hoặc khuyến dùng hoặc tôi tự uống, không được kê đơn) |
|---|----------------------|------|-------|-----|---|------------------------------------|---|
| | Sáng | Trưa | Chiều | Tối | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Danh Sách Thuốc Dùng Tại Nhà

Quý vị hãy mang theo danh sách này đến tất cả các buổi hẹn thăm khám và lần thăm khám tại bệnh viện.

| Tên thuốc/hàm lượng/liều lượng (Ví dụ: Metoprolol 25 MG 1 viên nén; Tylenol 500 MG, 1 viên nén) | Thời gian dùng thuốc | | | | Ngày dùng thuốc (Ví dụ: Hằng ngày/ T2, T4, T6/Chỉ dùng khi cần) | Lý do dùng thuốc (Ví dụ: Huyết áp) | Người yêu cầu quý vị dùng thuốc (Ví dụ: Bác sĩ Smith kê đơn hoặc khuyến dùng hoặc tôi tự uống, không được kê đơn) |
|--|---|---|--|--|--|---------------------------------------|--|
| |  Sáng |  Trưa |  Chiều |  Tối | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |