我的藥物清單

姓名：_____

- 請列出您服用的所有藥物。包括藥品、草藥和補充品。
- 請在每次前往醫師、急症治療服務或醫院就診以及前往藥房時攜帶此清單。
- 請避免用完藥物。當您需要更多藥物時，請與您的醫師和藥房溝通。
- 向您的醫師或藥房諮詢任何藥物問題或疑問。

藥物名稱和劑量	藥物用於：	服用的時間？服用量？				開始日期：	停藥日期：
		早上	中午	晚上	睡前		
例如： *氫氯噻嗪25毫克*	*高血壓*	*1顆白色藥片*				*1/1/18*	*無*

我的藥物清單

藥物名稱和劑量	藥物用於：	服用的時間？服用量？				開始日期：	停藥日期：
		早上	中午	晚上	睡前		

改編自My Medication List – Keep it Handy (我的藥物清單—請隨身攜帶)，New York市健康與心理衛生局。

醫師姓名：_____ **首選藥房：**_____

電話號碼：_____ **電話號碼：**_____

ALAMEDA Alliance FOR HEALTH

是否有任何疑問？請致電Alliance健康保險計畫 • 服務時間為週一至週五，早上8點至下午5點
電話號碼：**1.510.747.4577** • 免費電話：**1.877.932.2738**
聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY)：**711/1.800.735.2929**
www.alamedaalliance.org