

\*請在 NYEEI 入院前檢查當日或您入院當日攜帶本表。

\*請攜帶您的藥物。請用原容器盛裝。

一份您現在的用藥記錄對於提供安全有效的照護十分重要。

病人姓名 \_\_\_\_\_

入院日期 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

您對藥物有過敏反應嗎？無 有 如有，請列出過敏藥物 \_\_\_\_\_

請列出您現在正使用的所有藥物。包括：眼藥水、吸入劑、避孕藥、含有藥物成份的膏藥、非處方藥、飲食規定以及草藥。

藥物名稱	劑量：（毫克、單位、滴數 等等）	您一天中使用該產 品的次數

\_\_\_\_\_  
(正楷書寫您的醫師姓名)

\_\_\_\_\_  
(電話號碼)

\_\_\_\_\_  
(協助您填寫此表者的姓名以及與您的關係)

\_\_\_\_\_  
(電話號碼)