

个人药物清单（适用于 \_\_\_\_\_）

我们在商讨后，为您列出了该药物清单。我们还使用了以下来源的信息：

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请在空白行添加新药物。然后填入您开始使用这些新药物的日期。</li> <li>• 请删去您不再使用的药物。然后注明停药日期及停药原因。</li> <li>• 请您的医师、药剂师和其他医疗保健提供者在每次看诊时更新该清单。</li> </ul> | <p>请确保及时更新该清单中的以下各项：</p> <p><input type="checkbox"/> 处方药</p> <p><input type="checkbox"/> 非处方药物</p> <p><input type="checkbox"/> 草药</p> <p><input type="checkbox"/> 维他命</p> <p><input type="checkbox"/> 矿物质</p> |
|--|---|

如果您要前往医院或急诊室，请随身携带该清单。同时也请与您的家人或看护者分享该清单。

填写日期： \_\_\_\_\_

过敏或副作用：

药物：

用药方式：

用药原因：

开药者：

其他（请说明）：

开始用药的日期：

停止用药的日期：

停止用药的原因：

个人药物清单（适用于 \_\_\_\_\_）

药物：	
用药方式：	
用药原因：	开药者：
其他（请说明）：	
开始用药的日期：	停止用药的日期：
停止用药的原因：	

药物：	
用药方式：	
用药原因：	开药者：
其他（请说明）：	
开始用药的日期：	停止用药的日期：
停止用药的原因：	

药物：	
用药方式：	
用药原因：	开药者：
其他（请说明）：	
开始用药的日期：	停止用药的日期：
停止用药的原因：	

个人药物清单（适用于 \_\_\_\_\_）

药物：	
用药方式：	
用药原因：	开药者：
其他（请说明）：	
开始用药的日期：	停止用药的日期：
停止用药的原因：	

药物：	
用药方式：	
用药原因：	开药者：
其他（请说明）：	
开始用药的日期：	停止用药的日期：
停止用药的原因：	

其他信息：
-------

如果您对自己的药物清单有任何疑问，请致电 1-877-866-3735，周一至周五，工作时间为上午 7:00 至下午 5:00。TTY/TDD 使用者应拨打 1-800-367-8939。

根据《1995 年文书削减法案》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非显示有效的 OMB 控制编号，否则无需对信息采集作出回应。本信息采集的有效 OMB 编号为 0938-1154。完成该信息采集所需的平均时间预计为每次回复约 37.76 分钟，包括阅读说明、查询现有数据资源、收集所需数据，以及完成和审查信息采集的时间。如果您对预计时间的准确性有任何意见，或有改善此表格的建议，请写信至：CMS，收件人：PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。