# 個人藥物紀錄

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 身份證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 藥物敏感歷史： [□]有 [□]無 [□]沒有資料 日期：＿＿＿＿＿＿＿＿
2. 現正使用的處方藥物

| 藥名、劑型、劑量、<br>使用次數／時間、使用途徑 | 開始使用<br>藥物日期 | 停用<br>藥物日期 | 藥物來源 | 注意事項 | 簽名 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |