



نام: _____

- لطفاً فهرست تمام داروهای مصرفی‌تان را وارد کنید. شامل داروها، گیاهان دارویی، ویتامین‌ها و مکمل‌ها.
- این لیست را در هر ویزیت پزشک، مراقبت فوری، بیمارستان و داروخانه همراه خود ببرید.
- نگذارید داروهایتان تمام شود. وقتی به داروی بیشتری نیاز دارید، با پزشک و داروخانه خود صحبت کنید.
- اگر درباره داروهای خود سؤال یا نگرانی دارید، از پزشک یا داروخانه بپرسید.

[illegible]

فهرست داروهای من

نام دارو و دوز مصرفی	مورد مصرف این دارو:	زمان مصرف؟ چه مقدار؟ هر چند وقت یکبار؟				تاریخ شروع:	تاریخ قطع مصرف:
		صبح	ظهر	عصر	موقع خواب		

اقتباس از My Medication List – Keep it Handy، اداره سلامت و بهداشت روان شهر New York

نام پزشک: _____ داروخانه ترجیحی: _____

شماره تلفن: _____ شماره تلفن: _____

سؤالی دارید؟ لطفاً با برنامه‌های سلامت Alliance تماس بگیرید • دوشنبه - جمعه، 8 صبح - 5 بعدازظهر
 شماره تلفن: **1.510.747.4577** • شماره رایگان: **1.877.932.2738**
 افراد دچار اختلالات شنوایی و گفتاری (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**
www.alamedaalliance.org

ALAMEDA
Alliance
 FOR HEALTH