

我的藥物清單

藥物名稱和劑量	藥物用於治療：	服用的時間？服用量是多少？每隔多久服用一次？				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, New York City Department of Health and Mental Hygiene (我的藥物清單——請隨身攜帶，紐約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：_____



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，上午8點至下午5點
 電話號碼：1.510.747.4577 • 免費電話：1.877.932.2738
 聽障與語障人士 (CRS/TTY) 專線：711/1.800.735.2929
www.alamedaalliance.org