

ЧЕК-ЛИСТ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ



1 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро							
		День							
		Вечер							
		Ночь							

2 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро							
		День							
		Вечер							
		Ночь							

3 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро							
		День							
		Вечер							
		Ночь							

4 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро							
		День							
		Вечер							
		Ночь							

5 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро							
		День							
		Вечер							
		Ночь							