**Лекарства:** Пожалуйста, внесите в список все предписанные по рецепту и без рецепта лекарства, травы, пищевые добавки, капли для глаз, ингаляторы, и т.д., что Вы используете. (Зачеркните названия лекарств если больше не принимаете их.)

Дата начала	Название лекарства	Доза (мг, единицы, вспрыскивания, капли)	Способ применения (в рот, капли для глаз)	Ук	азания	<b>Цель</b> Почему Вы принимаете его?
		ı				

## Аллергии

Испытываете ли Вы аллергию на какие-либо лекарства?

Испытываете ли Вы аллергию на какие-либое пищевые продукты, иод, ленту, или латекс?

Вещество	Реакция

Название Аптеки				
Номер Телефона Аптеки				
()				

## История Вакцины

Ниже отметьте один квадрат для каждой вакцины:

Столбняк
□ В течение прошлых
10 лет
□ Неизвестно
Пневмония
□ В течение прошлых
5 лет
□ Неизвестно
Инфлюэнца (грипп)
□ В течение прошлого
года
□ Неизвестно
Педиатрические
(для ребенка)
□ Согласно возраста
□ Неизвестно

Дата последнего обновления формы: \_\_\_\_

## ФОРМА ЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВ

Имя
Дата рождения:
Телефон ()
Имя доктора
Телефон доктора ()
Для чрезвычайного контакта
Имя
Телефон (

