

환자 처방

I. 성명 _____

처방 날짜 _____

처방제 목적: _____

처방 명 _____

a. 양 _____

e. 리필 장소 _____

b. 강도 _____

c. 유효기간 _____

d. 같이 복용 금지 _____

f. 리필 _____

II. 복용 방법(의사나 약사의 지시에 따라 복용하십시오)

어떻게?

1. 매 ___시간마다 ___정/캡슐을 복용하십시오. 24시간 혹은 의사가 지시한 시간 내에 ___정/캡슐 이상 복용하지 마십시오.
2. 한 컵의 물과 함께/혀로 녹여서/빨아서/직장내 삽입/질내 삽입/음식물과 함께 또는 음식물 없이 복용하십시오.
3. 의사나 약사의 별도 지시가 없는 한 정제나 캡슐을 쪼개거나 씹지 마십시오.

언제?

1. 공복 / 식후 / 식전 / 식사 시 복용하십시오.
2. 아침에 복용/ 취침 시 복용/ 적용사항 없이 복용

기간은?

1. 완전 회복 후 / ___일 후(___월___일) / 의사의 지시에 따라 복용을 중지하십시오.

III. 경고

- 약물 간 상호 반응을 방지하기 위해 현재 복용하고 있는 모든 약과 한약을 담당 약사에게 알려주십시오.
- 처방제를 다른 사람에게 주지 마십시오.
- 다른 처방제나 한약재와 함께 복용하지 마십시오.
- 의사나 약사가 정한 복용량을 모두 드시고 지시된 날짜 전에 복용을 중단하지 마십시오.
- 유효기간이 지난 후에는 병을 버리십시오.
- 어린이에게 주거나 어린이 손에 닿지 않는 곳에 두십시오.
- 권장 복용량을 초과해서 복용하지 마십시오. 신경과민, 현기증, 불면증 증세가 나타나면 복용을 중단하고 의사와 상의하십시오.
- 의사나 약사의 지시가 있을 경우, 차를 운전 중이거나 기계를 작동할 때에는 복용하지 마십시오.
- 이 약의 복용 중에는 알코올 음료, 신경 안정제, 진정제를 삼가해 주십시오.

* 이 약의 복용 이유나 복용 방법에 대해 궁금한 점이 있으시면 반드시 의사나 약사에게 문의해서 확인하십시오. 영어를 못하시면 통역을 요청하십시오.

환자 기록 및 병력

성명 _____ 성별 _____ 날짜 _____
 생년월일 _____
 환자 전화번호 _____
 약국/진료처 _____
 환자의 사용언어 _____ 신장 _____ 체중 _____

현재/과거 환자 기록 및 병력:

1. 흡연 여부? 하루에 담배 _____ 갑
2. 알코올 섭취 여부? 하루 술 섭취량 _____
3. 환각물질 사용 경험 여부(마리화나, 코카인 등) _____
4. 현재 복용 중인 약과 한약 그리고 과거에 복용했던 약을 모두 적어주십시오.

5. 현재 복용 중인 약의 용도
 - a) 피임제? 예/아니오 기재: _____
 - b) 폐경기 증후군? 예/아니오 기재: _____
 - c) 호르몬 대체 요법? 예/아니오 기재: _____
6. 최근 생리일? _____ 일전
 - a) 생리 중단 여부? 예/아니오 중단 되었다면 수술 _____ 폐경 _____
7. 음식/약 알레르기: _____
8. 다음에서 현재 갖고 있는 질병이나 과거 있었던 질병에 표시하십시오.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 빈혈
<input type="checkbox"/> 천식
<input type="checkbox"/> 요통
<input type="checkbox"/> 혈병/정맥염
<input type="checkbox"/> 장 질환/대장염
<input type="checkbox"/> 유방관련 질환
<input type="checkbox"/> 쉽게 멍듦
<input type="checkbox"/> 암
<input type="checkbox"/> 가슴 통증
<input type="checkbox"/> 클라미디아
<input type="checkbox"/> 우울증 또는 주요 감정장애
<input type="checkbox"/> 당뇨병
<input type="checkbox"/> 담낭질환
<input type="checkbox"/> 유전질환
<input type="checkbox"/> 임질
<input type="checkbox"/> 심장질환
<input type="checkbox"/> 간염
<input type="checkbox"/> 포진
<input type="checkbox"/> 고혈압
<input type="checkbox"/> 고 콜레스테롤 증
<input type="checkbox"/> 고 트리글리세라이드(중성지방) 증
<input type="checkbox"/> 에이즈(HIV/AIDS)
<input type="checkbox"/> 신장질환 | <input type="checkbox"/> 간 질환
<input type="checkbox"/> 편두통
<input type="checkbox"/> 골다공증
<input type="checkbox"/> 발작/간질
<input type="checkbox"/> 갑작스러운 호흡곤란
<input type="checkbox"/> 피부질환
<input type="checkbox"/> 위 질환/궤양
<input type="checkbox"/> 뇌졸중
<input type="checkbox"/> 발목 부어 오름
<input type="checkbox"/> 매독
<input type="checkbox"/> 갑상선 질환
<input type="checkbox"/> 결핵
<input type="checkbox"/> 요로 감염증
<input type="checkbox"/> 시각장애
<input type="checkbox"/> 과거에 받은 외과수술: 형태 _____
<input type="checkbox"/> 병명 _____
<input type="checkbox"/> 기타 _____ |
|--|--|
- 긴급 연락처/이름 _____

주의:
