

# 我的药



请在你妈妈 / 爸爸 / 保姆或者一名医生、护士或药师的帮助下填写这份清单，以便让你更好地了解你所服用的药物及如何安全地服药。

我的名字是： \_\_\_\_\_

我现在：(健康状况 / 疾病) \_\_\_\_\_ 我现在吃的药是： \_\_\_\_\_

它使我这里感到不舒服：



在你感到不舒服的地方标记一下

吸入器

药片

注入器

乳膏

液体

油膏

这种药的起效是通过： \_\_\_\_\_

我多长时间吃一次药： \_\_\_\_\_ 次  每天  每周  当我觉得需要吃药的时候

我吃药的时间是在：

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

我会一直服药直到：(日期)： \_\_\_\_\_ 或者到我的治疗方案改变了

我把药安全地放在：

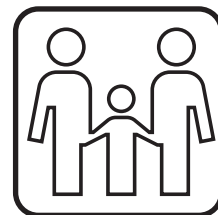
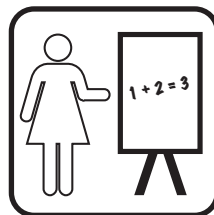
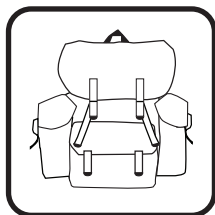
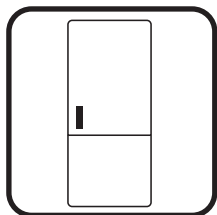
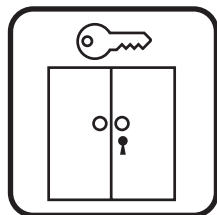
柜子里

冰箱里

书包里

老师那里

爸爸妈妈 / 保姆那里



我需要记住的其它事情是： \_\_\_\_\_

如果你对吃的药有任何疑问的话，你可以问一下医生、护士或药师或者你的妈妈 / 爸爸 / 保姆。