

투약 내역서

(1) 환자명		성별 (남, 여)	(2) 생년월일		부작용 피해 유형	(질병, 장애, 사망)	
출생일:	년 월 일						
키:	cm 체 중: kg						
(3) 현주소							
(4) 사용된 의약품(의약품은 제품명으로 기입하여 주시기 바랍니다.)							
의약품명(회사명)	규격단위	1일사용량	사용방법		투여기간		사용이유 및 부작용 발생 의약품 의심 여부
			투여 경로	1일사용횟수	개시일	종료일	
①							
②							
주1) 의약품 란에는 환자에게 투여한 의약품(처방전을 발행한 경우도 포함)에 대하여 기입해 주시기 바랍니다.							
주2) 사용된 의약품을 구체적으로 특정할 필요가 있으므로 약국에서 대체조제한 경우에는 대체조제한 의약품(제품명)을 확인하여 기입해 주시기 바랍니다.							
주3) 위의 의약품을 매일 사용하는 경우, 사용량이 변하는 치료(요법)인 경우에는 1일 사용량 또는 사용방법란에 그 내용을 알 수 있도록 기입하여 주시기 바랍니다.							
(5) (4)의 의약품 사용에 따른 질병 (장애)의 명칭 또는 증상							
(6) (4)의 의약품 사용 시 보유하고 있던 질병(장애) 유무			있음(있는 경우:) 없음				
(7) (5) 및 (6)의 질병(장애)에 대한 약제 외의 처치			1. 방사선요법 2. 수혈 3. 수술 4. 기타 () 5.없음				
(8) (4)의 의약품 사용 상세 내용							
연/월/일		구체적으로 기입해 주시기 바랍니다.					
(9) 비교(특기사항 등을 기입하여 주시기 바랍니다)							
반드시 기입해야 할 체질	없음()	알 수 없음()	있음()				
음주	없음()	알 수 없음()	있음()				
흡연	없음()	알 수 없음()	있음()				
참고할 가족력	없음()	알 수 없음()	있음()				
과거의 병력	없음()	알 수 없음()	있음()				
위와 같이 증명합니다. 년 월 일 병원(진료소) 또는 약국의 명칭 의사 또는 약사명 (서명 또는 인) 진료담당과명 전화번호 소재지							