개인 약 목록:	생년월일:

본 약 목록은 귀하와의 논의 후에 작성된 것입니다. 저희는 또한 귀하의 담당 의사 및/또는 약국의 청구를 통해 제공된 임상 데이터 정보를 사용하였습니다.

- 새 약을 추가하시려면 빈 행을 이용하십시오. 해당 약을 쓰기 시작한 날짜를 기입하십시오.
- 더 이상 쓰지 않는 약이 있으면 삭선을 그으십시오. 그리고 날짜를 기입하고 약 사용을 중지한 이유를 적으십시오.
- 의사, 약사 및 귀하의 진료 팀 내 다른 의료 제공자에게 방문 시마다 이 목록을 업데이트해달라고 요청하십시오.

다음 항목에 대해 본 목록을 최신으로 유지하십시오.

- ☐ 처방약
- ☐ 처방전없이 구입할 수 있는 약
- ☐ 한약
- ☐ 비타민
- ☐ 무기영양소

병원이나 응급실에 가시는 경우, 이 목록을 지참하십시오. 이 목록을 가족 또는 간병인과도 공유하십시오.

작성 날짜:

알레르기 또는 부작용:

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	**처방자:**
사용 시작 날짜:	**사용 중지 날짜:**
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	**처방자:**
사용 시작 날짜:	**사용 중지 날짜:**
사용 중지 이유:	

개인 약 목록:	생년월일:

(계속)

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

개인 약 목록:	생년월일:

(계속)

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

약:	
사용 방법:	
사용 이유:	처방자:
사용 시작 날짜:	사용 중지 날짜:
사용 중지 이유:	

기타 정보:

귀하의 약 목록에 관해 궁금한 사항이 있으시면 Elderplan의 약물 치료 관리 부서(Medication Therapy Management Department)에서 877-472-3915 (TTY 855-405-8233)로 월요일-금요일, 오전 9시-오후 6시(동부표준시) 중에 연락해 주십시오.

1995년 서류 감축법에 따라, 문서 상에 유효한 OMB 통제번호가 없다면 정보 수집에 대해 회신을 하지 않아도 됩니다. 본 정보 수집에 대한 유효 OMB 번호는 0938-1154입니다. 본 정보를 기입하는 데 예상되는 소요 시간은 응답당 40분이며 여기에는 지침을 검토하고 기존 자료 출처를 찾고 필요한 정보를 모으며 정보 수집란을 작성하고 검토하는 시간이 포함된 것입니다. 이러한 예상 시간의 정확도에 대해 다른 의견이 있으시면 또는 이 양식을 개선하는 데 제안이 있으시면 다음 주소로 서신을 통해 연락해 주십시오. 주소: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.