

心脏动脉粥样硬化多族裔调查

Exam 5



服用药

Id#:

Acrostic _____

日期: / /

第一部分：药品服用

您知道，动脉硬化多种族研究将叙述参加者服用的所有医生处方和柜台购买药品，包括片剂，液体药品，皮肤贴剂，滴眼液，药膏，油膏，喷雾器，针剂，感冒和过敏药物，维他命，草药和其它。在您收到的关于这次访问的信件中，有一个用来装您所有目前服用药品的塑料袋。我们请您将这个装有服用药的袋子带到诊所来。您带来这个袋子了吗？这些是您在此之前两週服用过的全部药品吗？

☐ 是 → 我可以看看吗？ 继续第二部分

☐ 拒绝 → 在备注栏中记录拒绝原因

☐ 否 → 设法获得资料

☐ 没有使用任何药品 → 跳至此表结尾

第二部分：处方用药

1 将药名，药力（包括单位）和每天/週/月处方剂量总数抄下。包括所有片剂，皮肤贴剂，滴眼液，药膏，油膏，针剂和喷雾式抗过敏药物。

2 在过去两週内，您平均每天/每週/每月使用这些药的份量？

用药名称

僅需工整書寫頭 20 個字母 - 請用正楷(大寫字母)書寫

药力(毫克, 國際單位等)

小数点占一格

处方数

請圈天/週/月

必要時

用药



<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月
<input type="text"/>	<input type="text"/>	___ 天週月	是 否	___ 天週月

DO NOT SCAN

未记录数量

二頁之一

