



먹는 약



이름: _____



날짜: _____

년

____ 월 ____ 일



하루에

_____ 번 씩

1번에 _____



알 /



포 씩

_____ 일 동안



복용하십시오.

1번



아침 식사



후



잠자기



전

2번



아침 식사



저녁 식사



후



4번



아침 식사



점심 식사



저녁 식사



후



잠자기



전



시럽 하루에 _____ 회, 1회 _____ ml 씩



약국



전화번호: _____