

CURRENT MEDICATION:

Please list any prescription medications, over the counter medications, vitamins, herbs or nutritional supplements that you are now taking. Please include the dosage amount and the times a day you take them. Please include any drug sensitivities.

Medications Name:	Dosage:	Times a Day:
1.)		
2.)		
3.)		
4.)		
5.)		
6.)		
7.)		
8.)		
9.)		
10.)		
11.)		
12.)		
13.)		
14.)		
15.)		
16.)		
17.)		
18.)		
19.)		
20.)		
21.)		
22.)		
23.)		
24.)		
25.)		
26.)		
27.)		
28.)		
29.)		
30.)		

Other Physicians involved in my care:		
Name:	Telephone:	Specialty:

Comments:

Name: _____
D.O.B.: _____

Allergies: _____