

副作用紀錄表

姓名：

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
日期							
身體反應							
食慾							
睡眠時間/ 質素							
其他觀察							



Medication Side Effects Record

Name: _____

	MON	TUES	WEDS	THURS	FRI	SAT	SUN
DATE							
Physical Reactions							
Appetite							
Sleep Time/ Quality							
Other Observations							