

< 편지 날짜 입력 >

< 회원 이름 입력 >

< 회원 주소 입력 1 >

< 회원 주소 입력 2 >

< 회원 시, 주, 우편번호 입력 >

>

< 바코드, 문서 참조 번호,
수혜자 식별자, 케이스 번호
또는 문서 제목 등 선택적
플랜/의료 서비스 제공자
사용을 위한 추가 공간 >

< 회원 이름 입력 >님께,

< CMR 날짜 입력 >에 귀하의 건강과 약에 대해 저와 이야기해 주셔서 감사합니다. 대화에 대한 후속 조치로 다음과 같은 두 가지 문서를 포함했습니다.

1. 귀하의 권장하는 **할 일 목록**에는 약으로 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 단계가 포함되어 있습니다.
2. 귀하의 **약 목록**이 귀하가 복용하는 약과 복용 방법을 추적하는 데 도움이 됩니다.

이 문서에 관해 이야기하고 싶다면 < **MTM 의료 서비스 제공자/부서명 입력** >에 < **MTM 의료 서비스 제공자/플랜의 연락처 정보, 전화번호, 요일/시간, TTY 등 입력** >으로 연락해 주세요.

귀하 및 귀하의 담당 의사와 협력하여 복용하시는 약이 귀하에게 효과가 있는지 확인할 수 있기를 기대합니다.

감사합니다.

< MTM 의료 서비스이름 입력 >

< MTM 의료 서비스 제공자 제목 입력 >, < 파트 D
플랜/약국 이름/기관 이름 입력 >



Paperwork Reduction Act of 1995(1995년 문서감축법)에 따라, 누구도 유효한 OMB(관리에산실)관리번호가 표시되지 않는 정보의 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 번호는 0938-1154입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토에 걸리는 시간을 포함하여 응답당 평균 40분으로 추정됩니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 이 양식을 개선하는 데 제안 사항이 있는 경우 다음 주소로 서신을 보내주세요. CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司

遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人

Y0118_23_597A_KO_C 08292023
H2819_23_597A_KO_C 08292023

권장하는 할 일 목록

준비 날짜: < CMR 날짜 입력 >

"할 일 목록"에 있는 항목을 완료하면 약에서 최상의 결과를 얻을 수 있습니다.



의사에게 진료를 받을 때 귀하의 **할 일 목록**을 지참하세요.
그리고 이 목록을 가족이나 간병인과의 공유하세요.

내 할 일 목록

우리가 이야기한 내용: <주제 1에 대한 논의 요약 입력>	내가 해야 할 일: <input type="checkbox"/> < 주제 1에 대한 조치 항목 입력 > <input type="checkbox"/> < 주제 1에 대한 조치 항목 입력 >
우리가 이야기한 내용: <주제 2에 대한 논의 요약 입력>	내가 해야 할 일: <input type="checkbox"/> < 주제 2에 대한 조치 항목 입력 > <input type="checkbox"/> < 주제 2에 대한 조치 항목 입력 >
우리가 이야기한 내용: <주제 3에 대한 논의 요약 입력>	내가 해야 할 일: <input type="checkbox"/> < 주제 3에 대한 조치 항목 입력 > <input type="checkbox"/> < 주제 3에 대한 조치 항목 입력 >

< 회원 이름 입력>(생년월일: < 회원 생년월일 입력>)을 위한 권장하는 할 일 목록

우리가 이야기한 내용:

<주제 4에 대한 논의 요약 입력>

내가 해야 할 일:

< 주제 4에 대한 조치 항목 입력 >

< 주제 4에 대한 조치 항목 입력 >

< 회원 이름 입력>(생년월일: < 회원 생년월일 입력>)을 위한 사용하지 않은 처방약의
폐기에 대한 정보

사용하지 않은 처방약을 안전하게 폐기하는 방법

준비 날짜: < CMR 날짜 입력 >

약 목록

준비 날짜: < CMR 날짜 입력 >



의사, 병원 또는 응급실에 갈 때 약 목록을 지참하세요. 그리고 이 목록을 가족이나 간병인과의 공유하세요.



약 복용 방법에 대한 변경 사항을 기록해 두세요.
더 이상 사용하지 않는 약은 선을 그어 지우세요.

약	약 복용 방법	약 사용 이유	처방자
< 현재/복용 중인 약의 일반 이름과 브랜드 이름, 효능 및 복용량 이력 >	< 적절한 경우 복용 방법(예: 매일 경구 1정 복용), 관련 장치 사용 및 보충 지침 이력 >	< 표시 또는 의도된 의료 용도 입력 >	< 처방자 이름 입력 >

< 회원 이름 입력 > (생년월일: < 회원 생년월일 입력 >) 을 위한 약 목록

< 회원 이름 입력 > (생년월일: < 회원 생년월일 입력 >) 을 위한 약 목록




아래의 빈 행에 새로운 약품, 일반의약품, 약초, 비타민 또는 미네랄을 추가하세요.

약	약 복용 방법	약 사용 이유	처방자

! 알레르기:


< 알레르기 정보 입력 >

 내가 겪은 부작용:

< 부작용 정보 입력 >

 기타 정보:

< 선택 사항 >

 내 메모 및 질문: