

ကျောင်းသား၏အမည် (ကျေးဇူးပြု၍စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးပါ) _____ ကျောင်းသား၏မွေးသက္ကရာဇ် - ____ / ____ / ____
လ ရက် နှစ်

Medication Name	Prescription or Over the Counter	Days Medication is to be Given	Time(s) to Administer Medication	Amount of Medication to be Given	Reason for Medication(s) and Special instructions	Start Date / End Date
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ (Rx) <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး (OTC)		_____ AM _____ PM			
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_____ AM _____ PM			
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_____ AM _____ PM			
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_____ AM _____ PM			
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_____ AM _____ PM			
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_____ AM _____ PM			
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာ <input type="checkbox"/> ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_____ AM _____ PM			

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် _____
နာမည်အပြည့်အစုံ (စာလုံးကြီးဖြင့်) _____

ရက်စွဲ _____ / _____ / _____
ပထမဦးစားပေးဖုန်းနံပါတ်# / ဒုတိယဦးစားပေးဖုန်းနံပါတ်#