Print all medications you are taking (prescription and over the counter)

Prescription Medication	Dose	Prescribed by	Date
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	•		
	T 1		
Over the counter medication	Dose	Prescribed by	Date
		·	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
No. of the last of			