



< 서신 날짜 입력 >

< 가입자 이름 입력 >

< 가입자 주소 입력 1 >

< 가입자 주소 입력 2 >

< 가입자 시, 주, 우편번호 입력 >

< 가입자 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**은 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 >번으로 연락해 주세요.

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

감사합니다.

< MTM 의료 서비스 제공자 이름 입력 >

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

1995년 Paperwork Reduction Act(문서감축법)에 따라 누구도 유효한 Office of Management and Budget(OMB, 관리예산실) 관리 번호가 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. 시간 추정치의 정확성 관련 우려 사항이나 본 양식 개선을 위한 제안이 있는 경우, 다음 주소로 보내 주세요. CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-KO_0125

Y0118_25_011A_KO_C 01082025

H2819_25_011A_KO_C Approved 01102025

< 가입자 이름 입력 > 님을 위한 권장하는 할 일, 생년월일: < 가입자 생년월일 입력 >

권장하는 할 일 목록

준비일: < CMR 날짜 입력 >

이 "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 >
---------------------------------------	--

< 가입자 이름 입력 > 님을 위한 권장하는 할 일 목록, 생년월일: < 가입자 생년월일 입력 >

<p>우리가 이야기한 내용: < 주제 4에 대한 논의 요약 입력 ></p>	<p>내가 해야 할 일: <input type="checkbox"/> < 주제 4에 대한 조치 항목 입력 > <input type="checkbox"/> < 주제 4에 대한 조치 항목 입력 ></p>
--	--

< 가입자 이름 > 님을 위한 사용하지 않은 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보, 생년월일:
< 가입자 생년월일 입력 >

사용하지 않은 처방약을 안전하게 폐기하는 방법

준비일: < CMR 날짜 입력 >

약 목록

준비일: < 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 입력 >	< 적절한 경우 복용 방법(예: 매일 경구 1 정 복용), 관련 장치 사용 및 보충 지침 입력 >	< 표시 또는 의도된 의료 용도 입력 >	< 처방자 이름 입력 >

< 가입자 이름 입력 > 님을 위한 약 목록, 생년월일: < 가입자 생년월일 입력 >

약	약 복용 방법	약 사용 이유	처방자



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: