

# New York Hospital Queens (뉴욕 퀸즈 병원)은 귀하와 귀하의 가족이 약을 복용할 때 안전하기를 바랍니다!

처방약과 비처방약의 정확하고 완전한 목록을 보관하는 것은 귀하의 건강에 중대한 일입니다. 귀하가 의사, 진료소 또는 병원으로부터 새로운 처방약을 받을 때 마다, 첨부된 서식을 사용하여 약의 이름과 용도를 기재하십시오. 이렇게 하면 의사와 간호사들이 귀하가 무슨 약을 복용하는지를 파악하는데 도움이 되며 귀하가 현재 복용하고 있는 약과 잘 맞지 않을 수 있는 새로운 처방약을 귀하에게 투여하는 것을 피할 수 있습니다.

New York Hospital Queens은 귀하가 이러한 개인 투약 목록을 항상 소지하기를 바랍니다 개인 투약 목록을 소지함으로써, 귀하가 귀하의 주치의 및 기타 요원들에게 귀하가 복용하는 약에 대하여 더 쉽게 알려주게 될 것입니다. 귀하는 귀하가 현재 복용하고 있는 모든 약을 그들이 확실하게 알 수 있게 하려면, 기억력에 의존하지 아니하여야 할 것입니다.

## 귀하의 투약 안전을 제고하기 위한 손쉬운 조치

- 1.항상 “귀하의 개인 투약 목록” 을 소지하십시오. 귀하의 지갑은 그 목록을 보관하기에 안성맞춤의 장소입니다.
- 2.의사를 방문할 때는 **언제나**, 그리고 **모든** 의료 검사(엑스선, 혈액 검사, MRI, CT, 등)를 위하여, 그리고 내원할 때는 **언제나** 그 목록을 소지하십시오.
- 3.귀하의 투약에 변경이 생기는 대로 즉시 그 목록을 경신하십시오. 귀하가 약의 복용을 중단하면, 약명이 기재된 부분에 줄을 긋고 중단한 날짜를 기록하십시오. 귀하에게 도움이 필요하다면, 귀하의 주치의, 간호사, 약사 또는 가족에게 도움을 요청하여 귀하가 목록을 작성하는데 도움을 받으십시오. 변경 사항이 있는 경우 그 변경 사항을 반영하여 귀하의 목록을 새롭게 수정하는 것이 중요합니다.
- 4.귀하가 퇴원하는 경우, 귀하의 주치의는 귀하와 함께 귀하의 투약을 검토하고 새로운 처방약이 가정에서 귀하가 복용하는 처방약을 대체하는지의 여부를 설명할 것입니다.
- 5.위급하여 귀하의 가족이 그 목록을 찾아야 하는 경우, 귀하의 가족에게 그 목록을 보관한 곳을 알려 주십시오.
- 6.위급한 경우의 연락처 (ICE Contacts) - 위급한 경우에 대비하여 최소한 3곳의 연락처 이름을 항상 소지하는 것이 중요합니다.

위급한 경우, **911**번으로 전화하십시오.

민간 구급차 서비스는 **718-670-2222**  
번으로 전화하십시오.

가입단체:  
NewYork-Presbyterian Healthcare System  
자매기관: 코넬대학교의 Weill 의과대학

귀하가 신뢰하는 전문적 기술.  
귀하가 받을 만한  
품격의 서비스.



New York Hospital Queens  
56-45 Main Street  
Flushing, New York 11355

718-670-2000  
nyhq.org

New  
York  
Hospital  
Queens

| 환약<br>복용<br>가능 | 수<br>회<br>복<br>용<br>일<br>정 | 용량<br>( <sup>1</sup> 일<br>당<br>복<br>용<br>량) | 약<br>명<br>( <sup>1</sup> 회<br>당<br>복<br>용<br>량) | 환약<br>복용<br>가능 | 수<br>회<br>복<br>용<br>일<br>정 | 용량<br>( <sup>1</sup> 일<br>당<br>복<br>용<br>량) | 약<br>명<br>( <sup>1</sup> 회<br>당<br>복<br>용<br>량) |
|----------------|----------------------------|---|---|----------------|----------------------------|---|---|
|                |                            |   | ( <sup>1</sup> 회<br>당<br>복<br>용<br>량)           |                |                            |   | ( <sup>1</sup> 회<br>당<br>복<br>용<br>량)           |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |
|                |                            |   |   |                |                            |   |   |

# 환상 이 목록을 소재하십시오!

환약을 피하고 시간을 절약하십시오! 귀하의 개인 투약 목록을 작성하시고 항상 그 목록을 소지하십시오. 그 목록을 귀하의 주치의, 약사 및 기타 의료 요원들과 공유하십시오.

귀하가 복용하고 있는 처방약 및 일반의약품 (예, 아스피린 및 비타민) 모두와 귀하가 복용할 수도 있는 한약, 식이요법 보충제 또는 유사요법 치료약의 목록을 작성하십시오. 니트로글리세린, 흡입제, 패치, 크림, 안약 등과 같이 필요할 때만 귀하가 사용하는 약을 포함시키십시오.

귀하의 투약에 변경이 생기는 대로 즉시 그 목록을 갱신하십시오.

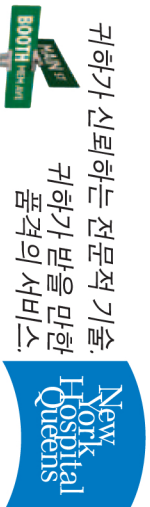
의사: \_\_\_\_\_  
전화번호: \_\_\_\_\_  
약국: \_\_\_\_\_  
알레르기: \_\_\_\_\_

중요한 의학적 상태: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

마지막 예방접종일: \_\_\_\_\_  
파상풍: \_\_\_\_\_  
폐렴 백신: \_\_\_\_\_  
인플루엔자 백신: \_\_\_\_\_  
간염 백신: \_\_\_\_\_

New York Hospital Queens  
56-45 Main Street  
Flushing, New York 11355  
718-670-2000  
[nyhq.org](http://nyhq.org)

위급한 경우, 911번으로 전화하십시오.  
민간 구급처 서비스는 718-670-2222  
번으로 전화하십시오.



가정단체  
New York-Presbyterian Healthcare System  
1 자매기관: 포틀랜드의 웰리 의과대학

# 나의 개인 투약 목록

성명: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
전화번호: \_\_\_\_\_  
위급한 경우의 연락처:  
1. (성명, 전화) \_\_\_\_\_  
2. (성명, 전화) \_\_\_\_\_  
3. (성명, 전화) \_\_\_\_\_