

2017年 7月分

様

登録番号： \_\_\_\_\_

試験錠(アスピリン)を摂取したら○、忘れたら×をつけてください。試験錠は1日1錠服用してください。飲み忘れた場合、まとめて2錠服用しないでください。毎月の服用日誌をご返送の際に、前月の試験錠シートを合わせてご返送ください。

日付	曜日	○・×	コメント(体調が悪いなど)	日付	曜日	○・×	コメント(体調が悪いなど)
2017年7月1日	土			2017年7月16日	日		
2017年7月2日	日			2017年7月17日	月		
2017年7月3日	月			2017年7月18日	火		
2017年7月4日	火			2017年7月19日	水		
2017年7月5日	水			2017年7月20日	木		
2017年7月6日	木			2017年7月21日	金		
2017年7月7日	金			2017年7月22日	土		
2017年7月8日	土			2017年7月23日	日		
2017年7月9日	日			2017年7月24日	月		
2017年7月10日	月			2017年7月25日	火		
2017年7月11日	火			2017年7月26日	水		
2017年7月12日	水			2017年7月27日	木		
2017年7月13日	木			2017年7月28日	金		
2017年7月14日	金			2017年7月29日	土		
2017年7月15日	土			2017年7月30日	日		
				2017年7月31日	月		