

# Long-Term Care Facility Medication Reconciliation Sheet

Resident Name:	<input type="text"/>
DOB:	<input type="text"/>
Medical Record #:	<input type="text"/>
Admission Date:	<input type="text"/>
Physician:	<input type="text"/>

## Medication List

Medication Name	Dosage	Route	Frequency	Indication	Last Dose	Comments
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Allergies

<input type="text"/>
----------------------

## Notes

<input type="text"/>
----------------------

Reconciled By:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>