Прием лекарств

на неделю с _____ /_____ по _____ / _____/_____ года

Препарат	Понедельник				Вторник				Среда				Четверг				Пятница				Суббота				Воскресенье			
	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Утро	Обед	Вечер	Ночь