

DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7
<b>OFLOXACIN</b>	<b>OFLOXACIN</b>	<b>OFLOXACIN</b>	<b>OFLOXACIN</b>	<b>OFLOXACIN</b>	<b>OFLOXACIN</b>
4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>
4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY	4 TIMES PER DAY
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>ATROPINE</b>	<b>ATROPINE</b>	<b>ATROPINE</b>	<b>ATROPINE</b>	<b>ATROPINE</b>	<b>ATROPINE</b>
1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DAY 8	DAY 9	DAY 10	DAY 11	DAY 12	DAY 13	DAY 14
<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>
3 TIMES PER DAY	3 TIMES PER DAY	3 TIMES PER DAY	3 TIMES PER DAY	3 TIMES PER DAY	3 TIMES PER DAY	3 TIMES PER DAY
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DAY 15	DAY 16	DAY 17	DAY 18	DAY 19	DAY 20	DAY 21
<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>
2 TIMES PER DAY	2 TIMES PER DAY	2 TIMES PER DAY	2 TIMES PER DAY	2 TIMES PER DAY	2 TIMES PER DAY	2 TIMES PER DAY
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DAY 22	DAY 23	DAY 24	DAY 25	DAY 26	DAY 27	DAY 28
<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>	<b>PREDNISOLONE</b>
1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY	1 TIME PER DAY
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>