

姓名： _____
 身分證號： _____
 生日： ____ / ____ / ____
 電話： _____
 地址： _____
 科別： _____
 就醫日期： ____ / ____ / ____

藥品名稱及規格

調製藥師簽章：

傷病名稱
 主要症候： _____
 給藥日份： _____

診治醫師

覆核藥師簽章：

膠囊 錠劑 液體 懸浮液
栓劑 乳膏 凝膠 其他 _____
 20 g/ml 30 g/ml 50 g/ml 100 g/ml
 200 g/ml 300 g/ml 膠囊/錠劑/栓劑 數量 ____

醫事機構

簽章： _____

調製日期：
 ____ / ____ / ____

提醒您，無處方箋不得調製藥物，擊藥局關心您！