

姓名： 费别： 性别： 门诊病历号：
科别： 年龄： 开具日期：
临床诊断： 证型：

Rp

共 剂

药品金额: 制膏: 代煎: 配送: 总金额:

医 师: _____

审核: _____ 调配: _____ 核对: _____ 发药: _____

注：1、处方开具当日有效
2、取药时请您当面核对药品名称、规格、数量
3、延长处方用量时间原因：慢性病 老年病 外地 其他