

فرم تحویل داروی مخدر به بیمار

نام و نام خانوادگی:..... سن: ..... شماره پرونده:..... تاریخ پذیرش / /  
 آدرس و شماره تلفن بیمار:  
 ماه درمان:

ردیف	تاریخ	دوز دارو	مهر و امضاء پزشک	نام و امضاء پرستار	امضاء بیمار
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					