



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام و نام خانوادگی بیمار:	تاریخ صدور نسخه:
کد ملی بیمار:	تاریخ اعتبار نسخه:
بیمه پایه:	شناسه یکتا:
بیمه تکمیلی:	نوع نسخه:

تشخیص:

ردیف	عنوان دارو	تعداد	مقدار مصرف	زمان مصرف	طریقه مصرف
1					
2					
3					

توضیحات:

مهر و امضای پزشک: